



National Library
of Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services Branch

395 Wellington Street
Ottawa, Ontario
K1A 0N4

Bibliothèque nationale
du Canada

Direction des acquisitions et
des services bibliographiques

395, rue Wellington
Ottawa (Ontario)
K1A 0N4

Your file - Votre référence

Our file - Notre référence

NOTICE

The quality of this microform is heavily dependent upon the quality of the original thesis submitted for microfilming. Every effort has been made to ensure the highest quality of reproduction possible.

If pages are missing, contact the university which granted the degree.

Some pages may have indistinct print especially if the original pages were typed with a poor typewriter ribbon or if the university sent us an inferior photocopy.

Reproduction in full or in part of this microform is governed by the Canadian Copyright Act, R.S.C. 1970, c. C-30, and subsequent amendments.

AVIS

La qualité de cette microforme dépend grandement de la qualité de la thèse soumise au microfilmage. Nous avons tout fait pour assurer une qualité supérieure de reproduction.

S'il manque des pages, veuillez communiquer avec l'université qui a conféré le grade.

La qualité d'impression de certaines pages peut laisser à désirer, surtout si les pages originales ont été dactylographiées à l'aide d'un ruban usé ou si l'université nous a fait parvenir une photocopie de qualité inférieure.

La reproduction, même partielle, de cette microforme est soumise à la Loi canadienne sur le droit d'auteur, SRC 1970, c. C-30, et ses amendements subséquents.

Canada

LE POTENTIEL THÉRAPEUTIQUE DE LA RÉGRESSION EN ART-THÉRAPIE

Chantal Jetté

Mémoire présenté

au

**Département d'Enseignement de l'Art et
d'Art-Thérapie**

**comme exigence pratique en vue de l'obtention
du grade de Maîtrise ès Arts
à l'Université Concordia
Montréal, Québec, Canada**

Septembre 1994

© Chantal Jetté, 1994



National Library
of Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services Branch

395 Wellington Street
Ottawa, Ontario
K1A 0N4

Bibliothèque nationale
du Canada

Direction des acquisitions et
des services bibliographiques

395, rue Wellington
Ottawa (Ontario)
K1A 0N4

Your file Votre référence

Our file Notre référence

THE AUTHOR HAS GRANTED AN
IRREVOCABLE NON-EXCLUSIVE
LICENCE ALLOWING THE NATIONAL
LIBRARY OF CANADA TO
REPRODUCE, LOAN, DISTRIBUTE OR
SELL COPIES OF HIS/HER THESIS BY
ANY MEANS AND IN ANY FORM OR
FORMAT, MAKING THIS THESIS
AVAILABLE TO INTERESTED
PERSONS.

L'AUTEUR A ACCORDE UNE LICENCE
IRREVOCABLE ET NON EXCLUSIVE
PERMETTANT A LA BIBLIOTHEQUE
NATIONALE DU CANADA DE
REPRODUIRE, PRETER, DISTRIBUER
OU VENDRE DES COPIES DE SA
THESE DE QUELQUE MANIERE ET
SOUS QUELQUE FORME QUE CE SOIT
POUR METTRE DES EXEMPLAIRES DE
CETTE THESE A LA DISPOSITION DES
PERSONNE INTERESSEES.

THE AUTHOR RETAINS OWNERSHIP
OF THE COPYRIGHT IN HIS/HER
THESIS. NEITHER THE THESIS NOR
SUBSTANTIAL EXTRACTS FROM IT
MAY BE PRINTED OR OTHERWISE
REPRODUCED WITHOUT HIS/HER
PERMISSION.

L'AUTEUR CONSERVE LA PROPRIETE
DU DROIT D'AUTEUR QUI PROTEGE
SA THESE. NI LA THESE NI DES
EXTRAITS SUBSTANTIELS DE CELLE-
CI NE DOIVENT ETRE IMPRIMES OU
AUTREMENT REPRODUITS SANS SON
AUTORISATION.

ISBN 0-315-97667-5

Canada

SOMMAIRE

Le potentiel thérapeutique de la régression en art-thérapie

Cette étude porte sur le potentiel thérapeutique de la régression en art-thérapie. Elle vise à comprendre et démystifier le concept de régression -ou plutôt les divers concepts de régression- dans la littérature en psychanalyse. En évaluant les phénomènes régressifs qui se présentent inévitablement en thérapie de type analytique, il est possible de comprendre où se trouve le niveau réel des besoins du patient, pour ainsi orienter la thérapie dans ce sens. La régression s'avère, selon plusieurs auteurs, nécessaire à la cure et bénéfique au patient si vécue dans un environnement supportant, avec un thérapeute bien préparé.

Des aspects plus spécifiques à la régression en art-thérapie sont ensuite exposés: la régression au service du Moi, l'évaluation de la régression en art-thérapie, la valeur thérapeutique de la régression en art-thérapie et les qualités régressives des médiums artistiques.

Deux études de cas de notre pratique en art-thérapie, une avec un enfant et l'autre avec une jeune adulte, illustrent 1) comment nous parvenons, dans l'analyse du processus créateur, du transfert, du comportement, etc. à situer les points de fixation (ici de niveau pré-oedipien, pré-verbal) dans le développement affectif du patient et 2) comment le patient lui-même, dans une relation et un environnement de confiance, fait agir cette régression dans un but de meilleure intégration.

ABSTRACT

The therapeutic potential of regression in art therapy

This thesis supports the therapeutic potential of regression in art therapy. It aims to understand and demystify the concept of regression that also include the diverse concepts of regression in the psychoanalytic literature. In evaluating the regressive phenomena that inevitably present themselves in analytic oriented therapy, it is possible to comprehend the real level of needs of the patient and therefore orient the therapy to these needs. According to many authors, the regression proves necessary to the cure and benefit of the patient, if it takes place in a supportive environment, with a well trained therapist.

The aspects most specific to art therapy are explored: the regression in service of the ego, evaluation of regression in art therapy, the therapeutic value of regression in art therapy, and the regressive qualities of artistic media.

Two case studies in art therapy, one with a child, and the other with a young adult illustrate: 1) how we arrive at placing the points of fixation in the analysis of the creative process, transference, behaviour, etc. in this case, in the preodipal and preverbal level in the affective development of the patient and 2) how the patient, in a trusting relationship and environment, makes use of this regression toward the goal of greater integration.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à notre directrice de mémoire, Madame Abby Calisch, Psy.D., A.T.R., qui a tout de suite cru à l'importance d'un tel sujet pour le domaine de l'art-thérapie et qui a toujours démontré une totale confiance en notre capacité à mener à bien une telle recherche. Un grand merci à Monsieur Leland Peterson, MAAT, A.T.R., pour la lecture de cette étude et les précieuses critiques formulées. Merci aussi à Monsieur Pierre Grégoire, Ph.D., pour la lecture attentive de cet écrit.

Un sincère remerciement à Monsieur François Payette pour nous avoir apporté un support et un encouragement constants, sans lesquels un tel projet est plus difficilement réalisable. Toute notre reconnaissance envers Madame Marie-Hélène Payette pour la patience requise à la correction méticuleuse de l'orthographe et de la syntaxe.

Et un merci tout spécial aux patient-e-s pour nous avoir guidée sur la voie à suivre et nous avoir permis d'apprendre comment les aider comme thérapeute.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
------------------------	---

REVUE DE LITTÉRATURE

CHAPITRE 1 DÉFINITIONS ET FONCTIONS DU CONCEPT DE RÉGRESSION EN PSYCHANALYSE

Problème de définition	9
La régression selon Freud et ses contemporains: historique et évolution du concept	11
La régression comme défense	22
Les causes de la régression	26
Fixation, régression et compulsion de répétition	28
La régression: saine ou pathologique?	32

CHAPITRE 2 ÉVALUATION DE LA RÉGRESSION ET SA VALEUR THÉRAPEUTIQUE EN THÉRAPIE

Les deux niveaux de travail analytique: Génital et pré-génital	38
Valeur thérapeutique de la régression	45
Le thérapeute et la régression	54

CHAPITRE 3 LA RÉGRESSION EN ART-THÉRAPIE

La régression au service du Moi	60
Évaluation de la régression en art-thérapie	65
Les régressions topique, formelle et temporelle en art-thérapie	68
La régression thérapeutique en art-thérapie	70
La qualité régressive des médiums	75

DEUX ÉTUDES DE CAS EN ART-THÉRAPIE

JOËL (7 ans): Retour à une période de renflouement narcissique (étude exhaustive)	83
--	----

LINDA (27 ans): Revivre la sensation de bien-être, de fusion à la mère disparue à travers la peinture (étude élémentaire)	117
---	-----

CONCLUSION	131
----------------------	-----

RÉFÉRENCES	137
----------------------	-----

BIBLIOGRAPHIE CONSULTÉE	146
-----------------------------------	-----

APPENDICE A Les conditions de base du "setting" en thérapie analytique selon Winnicott	155
---	-----

APPENDICE B Le modèle développemental de l'évolution graphique normale	157
---	-----

LISTE DES FIGURES
LES PRODUCTIONS DE JOËL

Figure 1	p. 89
Figure 2	p. 89
Figure 3	p. 91
Figure 4	p. 91
Figure 5	p. 93
Figure 6	p. 93
Figure 7	p. 94
Figure 8	p. 94
Figure 9	p. 95
Figure 10	p. 95
Figure 11	p. 97
Figure 12	p. 97
Figure 13	p. 98
Figure 14	p. 98
Figure 15	p. 102
Figure 16	p. 102
Figure 17	p. 109
Figure 18	p. 109
Figure 19	p. 114
Figure 20	p. 114

LISTE DES FIGURES
LES PRODUCTIONS DE LINDA

Figure 21	p. 121
Figure 22	p. 121
Figure 23	p. 122
Figure 24	p. 122
Figure 25	p. 126
Figure 26	p. 126

INTRODUCTION

Objectifs

Cette recherche porte sur le potentiel thérapeutique de la régression en art-thérapie. Elle vise à explorer le concept psychanalytique de "régression" sur le plan théorique, pour ensuite traiter de l'évaluation de la régression et de sa valeur en thérapie. Des études de cas relatives à notre pratique ont finalement pour but de présenter des exemples de l'utilisation des phénomènes régressifs en art-thérapie.

Les exemples de cas en art-thérapie visent à illustrer comment, dans notre pratique thérapeutique, il est possible d'observer chez certains patients des phénomènes de réactivation d'états ou de modes d'expression antérieurs, et ce à plusieurs niveaux: dans la relation d'objet (transfert), dans le comportement, dans la production artistique, dans le processus créateur et dans l'imagerie. En mettant ces phénomènes en rapport avec l'histoire connue du développement du patient et ses vicissitudes, les thérapeutes sont en mesure d'effectuer un travail rétrospectif du développement du patient, pour retracer les phases traumatiques possibles ayant eu lieu lors de sa croissance. Le principal intérêt de cette recherche est de montrer, avec exemples de cas à l'appui, comment reconnaître, en art-thérapie, les phénomènes régressifs et s'en servir dans notre compréhension de la dynamique du patient. De plus, cette recherche vise à faire ressortir l'importance de la régression dans la cure d'orientation analytique.

L'idée d'entreprendre cette étude provient notamment de l'observation d'une utilisation généralisée du concept de régression dans le milieu psychiatrique pour décrire un état d'aggravation de la maladie du patient, une perte de fonctionnement acquis ou pour décrire un état régressé, fixe, se détériorant; ce qui en fait allait à l'encontre de nos observations pratiques. Le terme de

régression semble en général employé de façon péjorative et, malheureusement, un peu n'importe comment. Une incompréhension métapsychologique du concept, due à son introduction théorique confuse et contradictoire en psychanalyse, apparaît à la base de cette situation. Une certaine "réhabilitation" de la notion de régression est donc visée par cette recherche et ce en tant qu'étape nécessaire du processus thérapeutique, et même comme technique de base sur laquelle s'est édifiée la méthode psychanalytique.

Il est espéré que cette recherche puisse contribuer à diminuer la crainte chez les thérapeutes, et surtout chez les art-thérapeutes qui travaillent à un niveau plus primaire (dans le monde symbolique avec l'utilisation des médiums artistiques), face à la régression possible du patient. En effet, il y a une croyance répandue que l'art pourrait encourager la régression des patients, celle-ci étant surtout perçue dans le milieu psychiatrique comme pouvant s'avérer néfaste. Il apparaît dans l'intérêt du domaine de l'art-thérapie d'apporter ici l'autre côté de la médaille et d'exposer les nombreux aspects thérapeutiques de la régression, au lieu de percevoir les phénomènes la reflétant comme étant signes de recul ou d'échec au plan thérapeutique. En effet, cette étude a pour objectif d'aider à changer la vision péjorative du phénomène qualifié de régressif, en montrant que son analyse et sa meilleure compréhension peuvent s'avérer, dans la pratique, la piste thérapeutique à suivre et un outil d'évaluation des plus importants au plan développemental.

Lors d'une première étape, les données importantes sur la régression seront rassemblées, ceci pouvant aider les art-thérapeutes à évaluer leur position face aux différents phénomènes y étant reliés, et pouvant les informer sur les diverses implications de la régression. Notons qu'aucune tentative exhaustive de relier le phénomène de régression à l'art-thérapie et aux implications thérapeutiques d'une telle rencontre ne nous est connue. Pour ces deux raisons, nous croyons que cette recherche mérite d'être faite dans l'intérêt des art-thérapeutes et de leurs patients.

Il est à noter que le débat sur le facteur pathogène ou thérapeutique de la régression est d'une grande ampleur, et que le but de cette recherche n'est pas de trouver la réponse à cette question (peut-être au niveau doctoral), mais d'amorcer une réflexion sur la notion de régression et, surtout, d'apporter une façon de penser par rapport à la régression pouvant éclairer certaines de nos observations ou notre vision sur le sujet.

Hypothèses

- 1- La régression est un outil évaluatif précieux en art-thérapie, permettant de situer le niveau de besoin du patient. Nous pouvons observer chez certains patients des phénomènes régressifs et ce principalement à deux niveaux:

Régression dans la forme: Lors de la thérapie, les modes d'expression du patient sont relatifs à une période primitive ou antérieure de son développement.

Régression dans le contenu: Quand, dans le contenu, on peut relier la représentation de matériel symbolique à des phases primitives du développement et, principalement, dans la relation à l'objet primaire.

Ces phénomènes régressifs pourront être observés au niveau comportemental, dans le transfert, dans le processus créateur, dans les oeuvres finales, etc.

- 2- Ces phénomènes régressifs ont des effets thérapeutiques en permettant au patient de revivre et de réparer, mais cette fois dans des conditions appropriées ("setting"), les traumas, conflits, difficultés qui ont compromis son développement affectif.

Démarche

Le premier chapitre de la recherche présente un aperçu des diverses applications du concept de régression dans la théorie psychanalytique. L'étude d'un tel sujet apparaît complexe puisque la notion de régression revêt plusieurs sens. En effet, tantôt utilisée pour expliquer le processus du rêve et de l'hallucination, la régression est le plus fréquemment employée pour décrire un état de retour à une phase antérieure du développement. Elle est vue tantôt comme mécanisme de défense ou résultat de manifestations défensives; elle peut être considérée saine et adaptative, donc au service du Moi et désirée, ou comme étant la cause même de la pathologie, synonyme de symptôme et dont la manifestation est de mauvais augure. Dans la situation thérapeutique, elle est soit à la base de la méthode psychanalytique et essentielle à la guérison, ou vue comme l'expression de la résistance à l'analyse et devant être évitée à tout prix. Les liens inséparables de la régression avec d'autres concepts psychanalytiques, comme celui de fixation et de compulsion de répétition sont examinés.

La valeur évaluative et thérapeutique de la régression en situation analytique, qui représente l'intérêt principal de cette recherche, est étudiée au deuxième chapitre. Les deux niveaux du travail analytique sont examinés, c'est-à-dire quand nous avons affaire soit 1) à un patient présentant une structure de personnalité de niveau qualifié de génital, oedipien ou verbal, ou 2) à un patient dont la structure est d'un niveau plus primitif, nous intéressant particulièrement, qualifié de pré-génital, pré-oedipien ou pré-verbal. L'avis de divers auteurs est apporté sur ce qui s'avère être thérapeutique ou non dans les mouvements régressifs en thérapie. De plus, sont exposées les conditions nécessaires de la situation analytique pour que le patient se sente libre d'effectuer une régression, s'il en ressent le besoin: la part du thérapeute dans la manifestation ou non des phénomènes régressifs et sa façon de réagir à l'apparition de ceux-ci.

Le troisième chapitre est consacré à la régression en art-thérapie. Une première partie porte sur la notion de régression en art-thérapie, même si ce concept n'y est pas largement abordé, à l'exception du concept de régression au service du Moi, qui est d'abord examiné. L'évaluation de la régression particulière à l'art-thérapie est ensuite présentée, en plus de la possibilité d'y retrouver les trois formes de régression décrites par Freud, c'est-à-dire topique, formelle et temporelle, pour finalement traiter de la valeur thérapeutique de la régression selon les écrits en art-thérapie. L'aspect régressif des médiums artistiques est aussi abordé.

Notre démarche personnelle d'évaluation et de réflexion sur la pathologie, qui se base principalement sur l'analyse du processus créateur, est illustrée en deuxième partie du troisième chapitre, par la présentation de deux études de cas en art-thérapie. L'accent est surtout mis sur l'analyse de manifestations d'états régressifs dans la situation thérapeutique spécifique à l'art-thérapie, c'est-à-dire quand nous observons qu'un patient adopte, par son comportement, dans son processus de création, dans la relation, dans son produit final, etc. des modes relationnels ou de communication remontant à une période de la petite enfance. Il importe ici de souligner que l'intérêt de cette recherche réside particulièrement dans l'analyse des manifestations régressives relatives à la période de développement pré-oedipienne, aux phases les plus "primitives" du développement, puisque l'art-thérapie exerce plus particulièrement de l'intérêt pour le type de pathologie y étant associé, vu son caractère d'expression non-verbale, concordant mieux avec les modes d'expression relatifs à ces phases précoces du développement de la personne. Y sera abordé le style d'approche thérapeutique que nous avons au départ de notre période d'apprentissage avec les patients et comment celui-ci s'est transformé proportionnellement à une meilleure compréhension du processus personnel des patients.

Cette recherche se base, comme se veut la méthode dans l'élaboration théorique en psychanalyse et en science, sur des observations découlant de l'expérience

pratique en art-thérapie. Deux études de cas sont présentées: celle d'un jeune garçon présentant des troubles de développement importants des fonctions du Moi et celle d'une jeune adulte souffrant de schizophrénie en phase résiduelle. Des auteurs importants comme Winnicott, Balint, Searles, Klein aident à mieux comprendre les phénomènes observés et à expliquer pourquoi et comment les phénomènes de régression observés se sont avérés thérapeutiques dans ces cas. Les manifestations du phénomène de régression dans l'imagerie, dans les étapes du processus créateur, dans l'utilisation faite des différents médiums sont présentées. Ensuite est examiné l'effet que la régression peut produire sur le niveau de créativité ou les modes d'expression, pour ensuite traiter de la qualité régressive ou non des différents médiums artistiques.

Ces deux études de cas visent à illustrer qu'en reconnaissant la forme d'expression relative à tel ou tel niveau du développement du patient, il est possible de définir les points de fixation ou le trauma. Ceci favorise l'adoption d'une démarche thérapeutique en accord avec le niveau de développement réel ou le Vrai Soi (selon Winnicott), permettant au patient de "revivre", dans un "setting" (Winnicott) approprié, une expérience réparatrice.

**QUAND UN ARBRE EST ÉCIMÉ, IL POUSSE VOLONTIERS DE NOUVEAUX
SURGEONS PRÈS DE SES RACINES, C'EST AINSI QU'UNE ÂME ATTEINTE
PAR LA MALADIE ET MUTILÉE AU MOMENT DE SON ÉPANOUISSEMENT,
SOUVENT RETOURNE À L'ÉPOQUE PRINTANIÈRE DES
COMMENCEMENTS, À SES TENDRES ANNÉES INNOCENTES, COMME SI
ELLE POUVAIT DÉCOUVRIR LÀ UNE NOUVELLE SOURCE D'ESPÉRANCE
ET RENOUER LE FIL BRISÉ DE L'EXISTENCE.**

Herman Hesse, L'Ornière

REVUE DE LITTÉRATURE

CHAPITRE 1

DÉFINITIONS ET FONCTIONS DE LA NOTION DE RÉGRESSION EN PSYCHANALYSE

Problème de définition

En essayant de définir la notion de régression, il est apparu que cette tâche se révélerait des plus ardue à cause des multiples dimensions qu'elle revêt dans la littérature. En effet, la notion de régression a connu, dès son apparition, un problème de définition puisque les pionniers mêmes de la psychanalyse, et surtout Sigmund Freud, ont abordé le concept tantôt comme un mécanisme psychologique, tantôt comme une notion purement descriptive, etc., ce qui donne lieu, encore aujourd'hui, à une forte confusion que l'on doit attribuer selon Barande (1966) à: "L'utilisation du même vocable pour désigner un mécanisme psychologique décrit comme normal à partir de l'analyse des rêves et aussi bien comme fonctionnement pathologique lorsqu'il s'agira de manifestations névrotiques" (p.62).

Cet auteur vient par contre à la rescousse de Freud à ce sujet en nous ramenant à l'essentiel de la nature du travail de recherche en psychanalyse:

Il s'agit donc bien d'une méthode de pensée et non pas d'un dogme. Ce n'est que par méconnaissance de cette qualité essentielle de la théorie freudienne: son ouverture dialectique, que l'on pourrait rendre Freud responsable de la confusion que successeurs et contemporains avons donné à l'usage de la notion de régression. (p.384)

Pour Diatkine (1957) et Barande (1966), le mot régression est un terme à la mode, utilisé à toutes les sauces: "On décrit en terme de régression aussi bien un enfant insupportable qu'une schizophrène, ou qu'un ulcère de la petite courbure" (Diatkine, 1957, p.405). De plus, ces auteurs soulignent le fait que le terme régression est employé par les psychanalystes de façon confuse, à tort et à travers, ceci à cause de ses significations multiples, tantôt pour décrire un état du patient ou un mouvement, une direction prise dans le développement du patient.

Pour Bettelheim (1967/1969), c'est le jugement de valeur négatif accordé à l'idée de régression, synonyme de recul, s'opposant donc au progrès, qui entraîne la mésentente sur le concept de régression. En effet, selon Pasche (1962, cité dans Barande, 1966), à cause de la complexité des phénomènes auxquels il réfère, on aura tendance à utiliser plus facilement le concept de régression dans son sens rétrograde, comme dans la définition suivante donnée par Laplanche et Pontalis (1967): "Dans un processus psychique comportant un sens de parcours ou de développement, on désigne par régression un retour en sens inverse à partir d'un point déjà atteint jusqu'à un point situé avant lui" (p.400).

Un avertissement est lancé par Winnicott (1955), pour que le mot régression ne soit pas utilisé à toutes les fois qu'un comportement infantile est observé chez un patient. Il note aussi le danger d'utiliser le mot régression à cause de sa signification populaire. Selon lui, la psychanalyse doit, quant à elle, s'en servir différemment:

When we speak of regression in psycho-analysis we imply the existence of an ego organization and a treat of chaos. There is a great deal for study here the way in which the individual stores up memories and ideas and potentialities. (p.18)

Pour Diatkine (1957), ce n'est pas l'individu comme tel qui régresse, mais il s'agit plutôt de définir ce qui peut régresser, c'est-à-dire les phénomènes régressifs. Selon lui, pour étudier la régression associée à un mode de comportement antérieur, il faut que la clinique ou l'observation directe mettent en évidence l'expérience vécue qui en découle. Pour lui, étudier la régression signifie essayer de comprendre comment le passé a pu influencer la personne dans ce qui se déroule maintenant, en tenant compte des traces que celui-ci a pu laisser et en comprenant comment les phénomènes régressifs sont réactivés à chaque fois.

Il importe d'abord de donner un aperçu général de l'évolution de la notion de régression dans le temps depuis Breuer et Freud, jusqu'aux auteurs plus contemporains. Nous aborderons donc les différentes définitions et fonctions se rattachant au concept de régression dans la théorie psychanalytique, pour que nous soyons ensuite en mesure de préciser à quel type de régression nous faisons référence quand nous en parlons.

La régression selon Freud et ses contemporains: Historique et évolution du concept

Selon Winnicott (1955), la réflexion amorcée par Freud sur la régression doit être poursuivie par ses contemporains: "The study of the place of regression in analytic work is one of the tasks Freud left us to carry out, and I think it is a subject for which this Society is ready" (p.16).

Il semble y avoir (Barande, 1966) non pas un, mais plusieurs "sens exacts" à la notion de régression dans l'oeuvre de Freud. Dans son texte intitulé Problème de la régression, Barande nous parle d'un besoin de clarification de ce concept dans l'oeuvre de Freud, et ce "[...] aussi bien pour dégager les sources possibles de la confusion actuelle que pour permettre la réhabilitation éventuelle d'une acception [tel quel dans le texte] et d'une application cohérente de l'hypothèse de régression" (p.354).

Selon Michael Balint (1971), important psychanalyste anglais: "La notion de régression est aussi ancienne, sinon plus ancienne, que la psychanalyse elle-même" (p.161); par contre, selon lui, il est difficile de savoir si elle est le fruit de la découverte de Breuer ou de Freud. Selon Barande (1966), c'est dans les Études sur l'hystérie en 1895, écrit en collaboration par Freud et Breuer,

qu'apparaissent les premiers rudiments de l'élaboration du concept de régression; mais c'est Breuer qui semble, selon Barande, être l'auteur du concept:

C'est à Breuer qu'il semble falloir attribuer la paternité du concept de régression sinon celle du vocable; en effet, c'est dans la partie théorique, qu'il signa seul, qu'est formulée l'idée d'excitation rétrogressive agissant sur l'appareil de perception à partir de la mémoire. (p.357)

Dans ces Études sur l'hystérie, Breuer a utilisé, selon Balint (1971), l'adjectif rétrograde pour décrire les processus psychologiques de l'hallucination. Barande (1966) note que le concept de régression historique, constaté dans l'aspect régressif du transfert (névrose de transfert), y est aussi introduit, mais cette fois-ci, par Freud: "Le malade effrayé vit ici maintenant ce qui a été vécu une première fois ailleurs" (p.357). D'après cet auteur, c'est en 1897, dans le Manuscrit L, que Freud (1887-1902/1956) utilisa le mot régression pour la première fois et ce dans le double sens que connaît le monde pulsionnel, c'est-à-dire régressif et progressif.

Freud fera ensuite allusion à la notion de régression dans le dernier chapitre de L'Interprétation des rêves (1900/1971), dans sa forme **topique**, pour expliquer la direction rétrograde de l'excitation dans l'appareil psychique:

Si nous appelons "progrédiente" la direction dans laquelle se propage le processus psychologique au sortir de l'inconscient dans l'état de veille, nous sommes en droit de dire du rêve qu'il a un caractère "régrédient".[...] Nous appelons régression le fait que dans le rêve la représentation retourne à l'image sensorielle d'où elle est sortie un jour [...] C'est que, à mon avis, le nom de "régression" nous est utile en ce sens qu'il rattache le fait connu au schéma d'un appareil psychique doué d'une direction. (p.461)

Dans le même ouvrage, Freud fera allusion à d'autres phénomènes de régression topique, mais ceux-ci étant expérimentés à l'état de veille, comme dans les

phénomènes hallucinatoires ou au niveau du processus de pensée morbide; ils correspondraient, selon lui, à une régression, dans le sens " [...] qu'elles sont des pensées transformées en images, et seules subissent cette transformation les pensées qui sont en relation intime avec des souvenirs réprimés ou demeurés inconscients" (p. 462).

Pour Gill (1963), la régression topique implique deux phénomènes principaux: la régression de la pensée en images, prédominant dans le rêve, et la régression des processus secondaires vers les processus primaires, advenant lors des phénomènes hallucinatoires. Il souligne, en accord avec Freud (1900/1971), que l'on retrouve le même processus régressif au niveau de la formation des symptômes: "But in both dream and delusion the essential event is a regression from the Pcs to the Ucs and it is this regression which is the essence of symptom formation too" (p.86).

En 1916-1917, Freud clarifia mieux sa position face au concept de régression en excluant sa fonction topique comme mécanisme psychologique et comme mode de fonctionnement particulier de l'appareil psychique; en fait, il ramène le concept de régression à une utilité purement descriptive, s'appliquant uniquement à la libido:

Le refoulement est une notion topique et dynamique; la régression est une notion purement descriptive. Par la régression, telle que nous l'avons décrite jusqu'ici en la mettant en rapport avec la fixation, nous entendions uniquement le retour de la libido à des phases antérieures de son développement, c'est-à-dire quelque chose qui diffère totalement du refoulement et en est totalement indépendant. Nous ne pouvons même pas affirmer que la régression de la libido soit un processus purement psychologique et nous ne saurions lui assigner une localisation dans l'appareil psychique. (p.322)

Cependant, pour Pasche (1956), l'abandon d'un mot ne signifie pas l'abandon d'un concept et le sens topique de la régression est conservé dans la séquence de rétrogradation acte-pensée-image-corps; en fait, selon cet auteur, le phénomène demeure.

C'est en 1900 que Freud, dans son texte sur L'interprétation des rêves, a introduit brièvement pour la première fois les deux autres types de régression, que Barande (1966) qualifiera d'historiques, c'est-à-dire les régressions **temporelle** et **formelle**:

a) une régression *topique* dans le sens du système psychique exposé ici; b) une régression *temporelle* quand il s'agit d'une reprise de formations psychiques antérieures; c) une régression *formelle* quand des modes primitifs d'expression et de figuration remplacent les modes habituels. (Freud, 1900/1926, p.466)

Et, selon Freud, ces trois formes de régression sont indissociables l'une de l'autre:

Ces trois sortes de régression n'en font pourtant qu'une à la base et se rejoignent dans la plupart des cas, car ce qui est plus ancien dans le temps est aussi primitif au point de vue formel et est situé dans la topique psychique le plus près de l'extrémité des perceptions. (p.466)

À des fins d'illustration, nous nous servons ici d'un cas où Diatkine (1957) a pu observer la régression topique et la régression temporelle chez une patiente. Il raconte qu'après trois années d'analyse, cette patiente fut abandonnée par son amoureux, d'où l'éveil de souvenirs angoissants relatifs à sa jalousie oedipienne (régression temporelle); elle réagit contre cette angoisse de façon délirante, disant qu'elle est Jeanne d'Arc, la Sainte Vierge, etc. et a des hallucinations auditives (régression topique); cet état est, semble-t-il, disparu après interprétation.

La régression formelle fut, selon Jonhson (1979), la sorte de régression la moins utilisée par Freud. Par contre, selon Balint (1971), c'est cet aspect qui est aujourd'hui considéré comme le plus important. En effet, Diatkine (1957) note que ce n'est pas la régression comme telle qui est importante à analyser, mais les modes régressifs employés. Laplanche et Pontalis (1967) rapportent que la régression formelle sert surtout à décrire le passage du processus secondaire au processus primaire, par exemple, le passage du mot à l'image de la chose: "L'ordre qui est ici présupposé n'est pas celui d'une succession d'étapes effectivement parcourues par l'individu mais celui d'une hiérarchie des fonctions ou des structures" (p.402). Pour Bergeret (1979), dans la régression formelle, on voit des modes d'expression, de figuration remplacer des modes plus évolués par exemple, l'action prenant la place de la mentalisation, ou l'hallucination, celle du désir, etc.

Dans ses Cinq leçons sur la psychanalyse (1905), Freud reliera la forme temporelle de la régression à la formelle, et les identifiera comme représentant les deux aspects de la régression:

La régression a deux aspects: d'une part, elle reporte l'individu dans le passé, en ressuscitant des périodes antérieures de sa libido, de son besoin érotique; d'autre part, elle suscite des expressions qui sont propres à ces périodes primitives. Mais ces deux aspects, aspect chronologique et aspect formel, se ramènent à une formule unique, qui est: retour à l'enfance et rétablissement d'une étape infantile de la vie sexuelle. (p.59)

Selon Barande (1966), Freud a donné deux significations historiques précises à la notion de régression: comme **processus ontogénétique** (aspect psychobiologique), relatif au développement de l'individu, pouvant s'avérer normal ou pathologique, et représentant "[...] les processus qui se déroulent au cours de l'évolution de l'enfant vers la maturité et dans lesquels certaines zones du corps se trouvent désinvesties" (p.359); ou ce que Freud (1905/1962) appelle

"[...] the innate preponderance of one or the other of the erotogenic zones or of one or the other of the component instincts" (p.37). Pour Bouvet (1967), ce postulat ontogénétique de la régression se rapporte aux facteurs congénitaux qui, par fixation, empêchent l'énergie instinctuelle d'évoluer normalement. Selon Barande (1966), il n'est pas clair si la signification ontogénétique de la régression s'applique à décrire soit un moment particulier de l'histoire du développement de l'individu, ou bien à saisir tel mouvement spécifique de ses fonctions psychiques; cette confusion est d'ailleurs omniprésente dans la littérature, la notion de régression servant tantôt à décrire un état: "Ce patient est très régressé". ou un mécanisme: "La patiente a régressé". Il y a effectivement, selon Winnicott (1955), les patients que l'on dit cliniquement régressés et ceux qui ne le sont pas, mais qui auront besoin d'un "breakdown" pour devenir plus sains.

La deuxième signification historique concerne le postulat **phylogénétique**, c'est-à-dire "Les modifications de l'appareil psychique qui se produisent pendant l'évolution de l'espèce" (Freud, cité par Barande, 1966, p.359). Freud en fait lui-même mention dans L'interprétation des rêves (1900/1971): "Derrière cette enfance individuelle, nous entrevoyons l'enfance phylogénétique, le développement du genre humain, dont le développement de l'individu n'est en fait qu'une répétition abrégée, influencée par les circonstances fortuites de la vie" (p.467). Dans ses Considérations actuelles sur la guerre et la mort de 1915, Freud note qu'en plus de l'action du milieu actuel, l'individu subit l'influence de l'histoire de la civilisation ancestrale. Cette signification donnée à la notion de régression viendrait de l'intérêt de Freud pour l'anthropologie et des parallèles qu'il a fait, selon Rycroft (1968), entre les fantasmes infantiles et le mode de pensée des primitifs: "[...] Freud's belief that acquired characteristics could be inherited and that, therefore, modern man's neurotic sense of GUILT could be attributed to ancestral crimes committed in prehistoric times" (p.107). Cet aspect phylogénétique amènerait, selon Barande (1966), un "halo mythologique" au concept de régression, qui n'entre pas dans le cadre de notre étude; cependant,

il nous apparaissait intéressant de le souligner pour démontrer l'ampleur des directions que l'étude de la régression pourrait prendre: réincarnation, étude de l'influence des nos ancêtres, génétique, etc...

Selon Laughlin (1979) et Pasche (1956), après 1917, Freud sera surtout intéressé à l'aspect temporel de la régression. Laplanche et Pontalis (1967) disent que c'est vers 1910-1912, avec la découverte progressive des stades de développement psychosexuel, que Freud a pu cerner pleinement l'aspect temporel de la régression. Selon ces auteurs, la **régression temporelle** "[...] suppose une succession génétique et désigne le retour du sujet à des étapes dépassées de son développement (stades libidinaux, relations d'objet, identifications, etc.)" (p.400-401). Pour Bouvet (1967), le sujet va revenir à une étape antérieure, ou', mais seulement à une phase qui lui a été bénéfique, où il a connu une certaine évolution. Selon Fairweather et Johnson (1981), ce genre de régression était surtout considéré comme négatif: "It refers to a reversal of the normative pattern of individual psychosexual development which Freud had charted into a series of stages of life" (p.41).

Diatkine (1957), Gill (1963) et Pasch (1966) nous mettent cependant en garde contre le sens "réaliste" semblant être facilement accordé au concept de régression temporelle puisqu'il est, d'après eux, impossible de revenir à un état pareil à celui de la petite enfance puisque, entre temps, l'individu a malgré tout évolué dans son développement psychosexuel: "Sur le plan mental, les régressions ne sont pas si manifestes et de toute façon la pesée du passé vécu suffit pour qu'en aucune manière l'organisation mentale soit identique à ce qu'elle fut" (Diatkine, 1957, p.405-406).

Par contre, Barande (1966) note à quel point, dans plusieurs de ses écrits techniques, Freud impliquait bel et bien cette "réalité du retour à un stade antérieur" (p.364). Mais, selon Jonhson (1979) et Barande (1966), Freud a lui-

même relativisé ce "réalisme" du concept, notamment dans le transfert. Bettelheim (1967/1969) rappelle que le cafouillage qui règne sur le concept de régression vient justement de cet aspect réaliste qu'on veut lui apposer: "La confusion vient du fait qu'il semble possible de retourner à un point dans l'espace et non pas dans le temps" (p.369). Il s'oppose surtout au concept de régression appliqué au développement psychosexuel qui, selon lui: "[...] donne une vision superficielle de l'être humain" (p.369). Szwec (1989), en accord avec lui, donne un exemple; selon lui, il est impossible d'assimiler un enfant de 3 ans à un nourrisson de 8 mois au niveau du langage puisque des mots sont compris à 3 ans, des processus primaires et secondaires existent, même à l'état d'ébauche, et ce n'est pas parce qu'un enfant ne parle pas qu'il ne possède pas quelques mots, d'où l'importance de ne pas négliger les facteurs de maturation du Moi, comme Freud l'a malheureusement fait, selon Arlow (1963).

Pour Bettelheim (1967/1969), Laughlin (1979) et Fairweather et Johnson (1981), la régression temporelle n'est pas simplement un recul, mais plutôt l'expression symbolique d'un conflit:

The presence for certain manifestations usually associated with early years, including the Conflict-Indicators of Thumb-sucking, nail-biting, bed-wetting, temper tantrums, and masturbation, can have regressive meanings as we have learned. The symbolism and unconscious significance of these manifestations, whether they are new, continuing, or recurrent, are important, but are often difficult to ascertain". (Laughlin, p.330)

À titre d'exemple, Bettelheim (1967/1969) expose la différence entre le bébé qui se mouille et l'enfant plus vieux ayant le même comportement que l'on qualifierait de "régressif". Le premier, nous dit-il, n'a pas le choix de se mouiller puisqu'il ne peut se contrôler; par contre, l'enfant plus vieux ne se mouille sûrement pas par plaisir, mais tente, par cette manifestation, d'exprimer quelque chose dont il n'est pas capable autrement, c'est-à-dire un conflit. Pour

Fairweather et Johnson (1981), le comportement régressif chez l'adulte s'avère plus symptomatique, mais sert aussi une cause bien précise:

It is an abortive attempt of the individual to relate symbolically to the child self, and through it to the cosmic levels of Being. Thus regressive behavior is a symptom, for it symbolizes a disruption between the individual's awareness and the reality of the child self. (p.53)

Selon Johnson (1979), les deux principales formes de régression temporelle sont: la **régression de la libido** et la **régression des fonctions du Moi**. Freud, quant à lui, s'est presque entièrement consacré à la régression de la libido. Dans sa Théorie générale des névroses (1916-1917), il décrira deux sortes de régression possibles de la libido: soit les **régressions objectale et libidinale** (ou sexuelle) qui se rencontrent dans les névroses de transfert: "Retour aux premiers objets marqués par la libido et qui sont, nous le savons, de nature incestueuse; retour de toute l'organisation sexuelle à des phases antérieures" (p.321). Moore (1900) donne la définition suivante de la régression libidinale:

[...] a retreat to an earlier phase of instinctual organization that can occur in the course of normal development if the individual is unable to meet the challenge of a biologically determined maturational step. Unresolved conflicts and anxieties form earlier developmental phases may have left the mental apparatus with "areas of weakness" (fixations). (p.164)

Pour Nunberg (1955), la régression de la libido signifie un retrait de l'énergie sexuelle, un changement dans l'organisation sexuelle, et s'avère un concept purement biologique. Pour lui, ce concept de régression de la libido n'est pas à confondre avec un retrait de la libido où c'est l'attitude envers l'objet qui change.

Selon Diatkine (1957), nous ne pouvons parler de régression qu'en fonction de l'évolution de la **relation d'objet**. Par contre, le concept de **régression**

narcissique, amené par Grunberger (1958, cité par Barande, 1966), fait référence à l'idée de régression à un stade pré-objectal, pré-natal représentant une "sensation hautement satisfaisante se déroulant sans objet" (p.395), ce qui s'opposerait aux manifestations transférentielles (relation d'objet). Cette idée de régression narcissique serait d'ailleurs qualifiée comme étant plus un état de fixation-régressive permanent ou une position-état qu'un mouvement régressif. En fait, les manifestations régressives sont, selon Diatkine (1957), principalement observées en situation analytique, donc à travers une relation d'objet, et n'ont de signification qu'en fonction du but visé dans le présent, étant d'abord une tentative d'actualisation d'un vécu passé. Pour Barande (1966), il ne suffit pas pour qualifier la régression de considérer ce vers quoi se fait le mouvement, mais d'où il vient, soit l'obstacle qui le provoque dans la relation d'objet.

Pour Bergeret (1979), la régression vise un double investissement: mi-narcissique, qui consiste en une mise à l'épreuve, sous forme de répétition de retour sur Soi, de ses fonctions pour le plaisir de les maîtriser; et mi-objectal, où le sujet, par frustration, vise à acquérir à l'extérieur un objet de désir qui est absent. Ce retour à l'objet s'avère presque, selon cet auteur, un prétexte à l'investissement narcissique... (objet utilisé comme tel). Pour Nunberg (1955), si l'objet est choisi uniquement en fonction de sa valeur narcissique (amour étant ici l'équivalent de projection), la régression peut mener à la psychose.

En 1916-1917, Freud a fait une très brève allusion à la **régression du Moi**, disant que son existence allait de soi vu que le Moi se développe parallèlement à la libido; il n'élaborera malheureusement pas cet aspect théorique ... Heinmann et Isaacs (1952/1966) rapportent que la fixation peut amener l'inhibition du développement du Moi, car trop liée aux limitations précoces: "[...] la fonction d'un organe pour le Moi s'inhibe si la signification sexuelle de cette fonction, l'érogénéité de l'organe en question, devient trop grande" (p.180). Freud

(1926/1951) note le caractère symbolique de l'acte interdit que revêt la fonction du Moi inhibée; par exemple, la marche signifiant piétiner la mère.

C'est surtout à Anna Freud (1968), dans son ouvrage Le normal et le pathologique chez l'enfant, que reviendra le mérite d'avoir considéré l'aspect normal de régressions temporaires dans le développement des fonctions du Moi chez l'enfant. Elle établit une distinction importante entre la régression de la pulsion et celle des fonctions du Moi. En effet, selon elle, il n'existe pas de points de fixation quand il s'agit de régression des fonctions du Moi; l'enfant refait le chemin inverse des étapes parcourues dans son développement. Selon elle, la régression peut survenir dans les trois instances de la personnalité: le Ça, le Moi et le Surmoi. Selon cette auteure, la régression temporelle peut s'appliquer aux pulsions et aux fonctions du Moi se manifestant de deux façons 1) du Moi et Surmoi vers le Ça et 2) du Ça vers le Moi et le Surmoi. La première manifestation (Moi et Surmoi vers le Ça) signifierait une diminution de la censure existante entre le Ça et le Moi et donc, des défenses affaiblies. Cette forme de régression serait, selon elle, plus caractéristique des enfants, quoiqu'elle ne soit pas entièrement absente chez l'adulte. La deuxième manifestation (Ça vers le Moi et le Surmoi) signifierait que, dans cette condition, le Moi peut s'opposer aux demandes du Ça, par les mécanismes de défense, et ainsi annuler la régression. Selon Moore (1990), la régression du Moi peut se définir comme suit: "Ego regression is the return to modes of mental functioning typical of an earlier period form a more highly developed stage of mental organization. [...] It is expressed in the formal qualities of the fantasies accompanying the conflicted drive derivatives" (p.164).

Comme nous l'avons vu jusqu'ici, Freud s'est surtout centré sur l'aspect libidinal de la régression, mais le travail de Mélanie Klein (cité par Heinman et Isaacs, 1952/1966) nous amène à considérer l'influence de la pulsion de mort (non-identité) et de destruction dans la régression. Selon ces auteurs, le point de

fixation aurait non seulement une charge libidinale mais aussi une charge destructrice, qui immobiliserait la libido; selon eux, la régression ne serait souvent que la conséquence de l'échec de la libido devant ces pulsions de destruction et de l'angoisse provoquée par la frustration. Nunberg (1955) nous dit que lors de régressions à des niveaux très archaïques (schizophrénie), les instincts destructeurs sont fusionnés avec les instincts sexuels; dans certaines maladies, les instincts destructeurs attaquent les instincts sexuels, le tout étant gouverné par le conflit d'ambivalence entre l'amour et la haine.

La régression comme défense

L'exploration de la régression comme mécanisme de défense coïncide avec le progrès de la théorie du Moi (Barande, 1966). C'est avec le développement métapsychologique de la deuxième topique chez Freud (théorie structurale: Ça, Moi et Surmoi), suite à la mise de côté du concept de régression topique (comme processus psychique), que la régression comme défense entre en jeu: "La revalorisation de la régression comme mécanisme psychologique (de défense) résulte d'une simple extrapolation du nouveau concept de Moi et de ses fonctions" (Barande, 1966, p.381).

C'est en 1926, dans Inhibitions, symptômes et angoisse, que Freud parlera pour la première fois de la valeur défensive de la régression (sadico-anale) dans la névrose obsessionnelle. Selon Barande (1966), il semble que, pour Freud:

[...] la valeur défensive de la régression réside dans le fait qu'un avatar du destin pulsionnel (dégénérescence régressive du désir au niveau du ça: organisation génitale de la libido trop faible) puisse être utilisé par le Moi dans un but de protection. (p.376)

Pour Laughlin (1979), Guntrip (1969) et Fairweather et Johnson (1981), l'aspect défensif de la régression se retrouve lorsque le Moi, inconsciemment, recherche une situation plus tolérable. La régression serait alors une forme de retrait du Moi, voulant se protéger du monde extérieur, de la souffrance, en revenant à une position plus près de la dépendance de la petite enfance:

He interprets continued development as threatening at that point and prefers the "tried and true" modes of earlier functioning to the unknown and contingent aspects of experience which he senses will come with continued organic development. Regression is thus a conservative and defensive reaction to suffering. Regression in this system is negative. It is nothing more than a behavioral symptom of fixation, or arrested growth. (p.42).

Ce genre de phénomène de retrait se rencontre, selon Guntrip (1969), surtout dans les personnalités schizoïdes qui, en rompant le lien objectal du transfert, se retournent vers un monde interne dans un but de protection de la partie saine du Moi encore existante: "The schizoid has withdrawn from the outer world and the future, and in doing so turns back, regresses to the inner world where the part is enshrined (Guntrip, p.49).

Pour Pasche (1966) les manifestations régressives servent un but de fuite et d'évitement, et il précise: "Éviter, fuir "par la régression" (p.423). Par exemple, dans la dépression, la trop grande quantité de sommeil est interprétée comme retrait-défense du Moi contre les exigences ou la pression du monde extérieur (Guntrip, 1969). Mais, pour Winnicott (1955), il existe trop souvent une confusion chez les cliniciens entre une régression plus organisée et cet état de retrait défensif. Par contre, il considère lui-même la régression comme faisant partie d'un système complexe de défense organisé par le Moi et ayant contribué à la formation d'un faux Soi qui s'avère être, selon cet auteur, le "caretaker" du vrai Soi.

Fenichel (1974) considère que la régression est un mécanisme de défense du Moi, mais beaucoup plus archaïque que les autres puisqu'il est, selon lui, le résultat d'une faiblesse particulière de l'organisation du Moi. Selon Laughlin (1979), dans les autres mécanismes de défense, le Moi procède inconsciemment à une réorganisation intrapsychique; dans la régression, il y a retrait du Moi qui s'évite ainsi la désintégration et la désorganisation totale. Pour Levick (1983), art-thérapeute, la régression est une défense contre l'anxiété de la croissance: "A defense employed by the individual when confronted with anxiety related to a specific aspect of maturation. A retreat to an earlier phase of psychosexual development and/or cognitive functioning is manifested in behavior" (p.132).

Pour Diatkine (1957) aussi, la régression à des formes expérimentées et connues fera fonction de mécanisme de défense du Moi dans la lutte contre l'angoisse, dans sa fonction rassurante, d'où l'aspect résistance qu'on lui a attribué:

[...] les activités cognitives stabilisées par un certain automatisme vont être utilisées dans la lutte contre l'angoisse, puisque l'expérience de leur fonctionnement devient une preuve d'intégrité et - par leur signification rassurante sur le plan narcissique - vont se trouver valorisées pour échapper à l'angoisse. (p.412)

Pour Nunberg (1955) il y a retrait de la libido par auto-conservation; le plus fréquemment de sa forme génitale à une forme pré-génitale; l'aspect défensif de ce mouvement réside dans le fait que l'activité à cette phase est ressentie par le patient comme étant moins dangereuse que l'activité génitale. Par exemple, Gerber (1980), art-thérapeute, nous montre le dessin d'une femme âgée de 35 ans représentant un dessin d'une petite fille (âge mental de 5 ans) qui se trouve à une période où la peur sexuelle qu'a cette personne n'existe pas.

La régression du Moi est aussi vue comme le résultat d'une activité défensive par Barande (1966), Anna Freud (1968) et Sigmund Freud (1926/1951), et non un

mécanisme de défense du Moi comme tel: "Lorsque le moi commence ses efforts défensifs, le premier résultat qu'il obtient est de faire régresser partiellement ou totalement l'organisation génitale (de la phase phallique) au premier stade sadique-anal (Sigmund Freud, 1926/1951, p.34).

Mais, selon Jonhson (1979), cette question demeurera malheureusement inexplicitée dans les travaux de Freud, qui n'a jamais admis théoriquement la valeur défensive de la régression. Par contre, la qualité défensive de la régression demeurera et prévaudra sur les autres fonctions de la régression (Barande, 1966). Par ailleurs, pour A. Freud (1949) et Pasche (1966), la régression demeure l'un des mécanismes de défense les plus anciens.

Pour Bergeret (1979), la régression comme "mécanisme de défense" est différente des autres puisqu'elle ne vise pas uniquement à éviter les plaisirs ou les dangers pour le Moi et éviter des déplaisirs ultérieurs, mais apporte une certaine satisfaction hédonique et narcissique, amenant avec elle des possibilités réparatrices:

[...] elle [la régression] ouvre temporairement au Moi une dimension que je gratifierais de "consolatrice", c'est-à-dire, gratifiante d'une manière ou d'une autre pour le narcissisme, ce en quoi l'on peut parler d'une dimension réparatrice de la régression. C'est là en effet une de ses fonctions primordiales, sinon la fonction primordiale de ces modalités existentielles. (p.105)

La régression comme mécanisme de défense pourrait-elle, selon ce point de vue, se classer, comme la sublimation, comme l'un des mécanismes de défense qualifié de sain? La question est ouverte...

Les causes de la régression

Selon Bettelheim (1967), "il y a autant de causes à ce qui apparaît comme un comportement régressif qu'il y a de personnes et de situations" (p.370). Selon la conception classique de la psychanalyse, la régression s'avère causée par un barrage de la libido, qui provient de facteurs externes, éléments déclencheurs, comme la frustration, et de prédispositions internes, c'est-à-dire les fixations (Heinmann et Isaacs, 1952/1958). En effet, pour Freud, dans son Introduction à la psychanalyse de 1916, la régression et sa durée dépendent, premièrement, de l'influence des événements de la vie où la satisfaction du désir se heurte à des obstacles extérieurs et, deuxièmement, de l'aptitude de l'individu à y faire face: "Il s'agit bien plutôt du fonctionnement dans des conditions pathologiques du même mécanisme conçu comme processus normal de l'évolution" (cité par Barande, 1966, p.365).

Heinmann et Isaacs (1952/1958) considèrent que ce sont les pulsions destructrices (phantasmes de pertes et de destruction provenant du sadisme) de l'enfant aux stades oral et anal qui sont, par l'angoisse qu'elles suscitent, les causes premières de la fixation de la libido, responsables de la régression dans certaines situations difficiles. Pour Anna Freud (1968), ces points de fixations vont nuire au développement ultérieur:

Des points de fixations peuvent être dus à toute une série d'expériences traumatiques, soit par frustration, soit par gratification excessive, à n'importe quel stade. [...] Mais, et ceci est plus important pour l'avenir du développement, quelle qu'en soit la cause, dans un cas comme dans l'autre, ils ont pour fonction de lier et de retenir les énergies pulsionnelles. De ce fait, ils appauvrissent l'activité pulsionnelle et les relations d'objet ultérieures. (p.76)

Dans Three essays on the theory of sexuality (1905/1962), Freud accorde une attention marquée aux problèmes relatifs au développement psychosexuel comme causes de régression: "All the factors that impair sexual development show their effects by bringing about a regression, a return to an earlier phase of development" (p.106). Diatkine (1957) nous dit en effet que l'apparition de phénomènes régressifs pathologiques chez l'adulte est le résultat d'une longue évolution dysharmonique de l'enfance et, en accord avec Balint (1971), serait déclenchée surtout lors d'un manque de satisfaction, de gratification (frustration) et quand l'angoisse est trop forte. Pour Shentoub (tiré de Barande, 1966), c'est un désir présent à l'âge adulte et non satisfait qui va réactiver l'objet anciennement convoité. Selon Heinman et Isaac (1952/1966), la régression est effectivement la conséquence de l'angoisse provoquée par la frustration et découlerait aussi de l'échec de la libido devant les pulsions de destruction. Laughlin (1979) nous dit aussi que la régression est une tentative de retrait d'une situation trop stressante, de conflit, de responsabilités qui sont devenues trop complexes pour la personne et qui ne trouvent pas de résolution. Anna Freud (1968) étudie le stress comme principale cause de régression chez l'enfant; lors de maladies physiques, et, surtout, lors de détresses causées par l'angoisse de séparation d'avec les premiers objets d'amour. Une régression permanente, donc pathologique, selon elle, peut survenir après un stress intense: "Il arrive aussi souvent, en particulier après les détresses traumatiques, les angoisses et les maladies que les régressions, une fois engagées, deviennent permanentes" (p.84). Selon Moore (1990), les causes de la régression sont variées, mais il est d'accord sur le fait qu'elles surviennent surtout lors d'expériences traumatiques ou lors de stress importants.

Pour Bemporad (1980), Boyer (1983) et Laughlin (1979), c'est la non-gratification ou la sur-gratification des besoins de l'enfant à certains stades de son développement qui est à la base de cette tendance inconsciente de recherche, tout au long de la vie, soit de satisfaction des besoins inassouvis dans le passé

(situation d'échec), réactivés par la situation dans le présent, ou bien une tendance à revenir à une période antérieure où la satisfaction était plus grande (situation de succès). Par contre, la tendance intégrative de l'être humain, selon Winnicott (cité par Fromm et Smith, 1989), le ferait plutôt inévitablement "revenir" vers les parties désintégrées de son développement et non à des étapes s'étant déjà avérées gratifiantes pour lui.

Dans les cas de psychoses graves, c'est la combinaison de la peur du monde externe, selon Guntrip (1969), et de la privation qui cause la régression ou le retrait; le besoin de se retirer dans la sécurité du monde intérieur.

Fixation, régression et compulsion de répétition

Comme nous l'avons vu précédemment, selon Freud (1916) et d'autres auteurs, la **fixation** représente le facteur interne prédisposant à la pathologie et la privation ou la frustration représentent les facteurs externes précipitant la régression. Pour Barande (1966) et Bouvet (1967), la fixation est responsable de la régression et c'est elle qui a une place privilégiée comme processus déterminant les névroses et les psychoses. Selon Heinmann et Isaacs (1952/1966), la fixation de la libido, au moment où elle se produit, est créée par une angoisse trop intense et doit être comprise comme défense contre l'angoisse. Pour Freud (1916-1917), il y a deux grandes formes de perturbation de l'évolution, c'est-à-dire la fixation et la régression:

Je crois être d'accord avec ce qu'enseigne la pathologie générale en admettant que ce développement comporte deux dangers: celui de l'arrêt et celui de la régression. Cela signifie que, vu la tendance à varier que présentent les processus biologiques en général, il peut arriver que toutes les phases préparatoires ne soient pas correctement parcourues et entièrement dépassées. Certaines parties de la fonction

peuvent s'attarder de façon durable à l'une ou l'autre de ces premières phases, et l'ensemble présentera de ce fait un certain degré d'arrêt... j'appelle fixation (de la tendance) le fait pour une tendance partielle de s'être attardée à une phase antérieure. (p.319)

Freud (1916-1917), ainsi que Bemporad (1980), notent le facteur d'interdépendance qui unit la régression et la fixation, en soulignant la relation directement proportionnelle de la force de la fixation (aspect quantitatif) et de la tendance à régresser. Anna Freud (1968) aussi relie le concept de régression à celui de fixation; en effet, elle rappelle qu'un développement pulsionnel, même normal, de la libido et des pulsions agressives, se fait de façon plutôt sinueuse, ne suivant pas la ligne ascendante vers le progrès que nous voudrions idéalement observer; le développement réagit aux événements extérieurs selon sa capacité interne:

Tandis qu'une partie de l'énergie pulsionnelle va de l'avant, une autre, d'importance variable, reste en arrière, s'accroche à des buts et à des objets plus précoces et crée ce qu'on appelle des points de fixation (auto-érotisme et narcissisme, étapes de la relation entre la mère et l'enfant, dépendance pré-oedipienne et oedipienne, plaisirs oraux et sadisme oral, attitudes sadiques anales ou masochiques passives, masturbation phallique, exhibitionnisme, égocentrisme, etc.). (p.75-76)

Heinmann et Isaacs (1952/1958) notent, à propos des points de fixation, que même quand il n'y a pas de régression comme telle, ces points antérieurs sont toujours actifs, sans interruption dans l'inconscient et exercent constamment leur influence.

Selon Balint (1971), c'est seulement avec les patients dont les fixations traumatiques se trouvent au-delà de la zone oedipienne que la régression est observable et thérapeutiquement nécessaire. Pour lui, les fixations représentent: "[...] les peurs qui barrent la route à la réadaptation" (p.112), et le succès du

traitement dépendra, selon lui, du point où le traumatisme a frappé le sujet et de la compatibilité de la méthode choisie. Winnicott (1955) va dans le même sens en décrivant la fixation comme un "[...] freezing of the failure situation" (p.18), et, selon lui, la régression va s'effectuer à ces points de fixation "[...] where a trauma was clearly present" (p.19). Selon lui, dans la vie de l'individu, il y aura des situations qu'il aura inconsciemment provoquées, par compulsion, ou simplement que la vie lui amènera, qui lui offriront la possibilité de ré-expérimenter, de revivre des situations où ce conflit ou trauma originel sera réactivé; ceci lui donnera la chance de revivre cette expérience dans un environnement plus adéquat et adapté, ce qui semble être le secret de la cure selon Winnicott (1955). En effet, un individu non supporté aura tendance à reproduire le même processus traumatique, sans changement positif. La question du "setting" thérapeutique de base nécessaire à la cure psychanalytique, préconisé par Winnicott, sera d'ailleurs plus élaborée au prochain chapitre qui porte sur la valeur thérapeutique de la régression.

Même s'il y a une relation très proche entre les concepts de régression et de fixation, il y a aussi, selon Laughlin (1979) et Misès (1966), une différence significative entre ces deux concepts: la fixation fait plutôt allusion à un état, à un arrêt du développement, tandis que la régression décrit plutôt un mouvement, un retour à des phases primaires dans le développement. Bergeret (1979) nous dit que la régression implique une éventualité de retour au progrès (possibilité de progrès), alors que, dans la fixation, le tout est "barré", arrêté. La différence est, selon lui, d'ordre phénoménologique (état et mécanisme).

La régression est aussi reliée à l'important processus de **compulsion de répétition** en psychanalyse. Il est intéressant de noter que, dans l'analyse des textes freudiens sur la régression effectuée par Barande (1966), la compulsion y est décrite comme étant le signe de pathologie: "La confirmation indirecte de l'unité

du concept de régression-progression, associée à l'affirmation du caractère normal du processus décrit et de sa continuité avec une émergence pathologique éventuelle: la compulsion" (p.359).

Nunberg (1955) nous dit que la régression-répétition s'avère le processus décisif de la cure psychanalytique. Pour Diatkine (1957), la notion de régression ne peut être détachée de celle de la compulsion de répétition: "Les comportements régressifs peuvent alors s'expliquer comme une adaptation du sujet à ses émotions anciennes revécues comme actuelles" (p.408). En effet, Balint (1971) note que les deux phénomènes ayant permis le développement du concept de compulsion de répétition en psychanalyse sont: L'observation du comportement de jeu des enfants et le comportement des patients dans le transfert, en particulier dans le transfert régressif. Selon Laplanche et Pontalis (1967), la compulsion de répétition se définit comme suit:

Un processus incoercible et d'origine inconsciente, par lequel le sujet se place activement dans des situations pénibles, répétant ainsi des expériences anciennes sans se souvenir du prototype et avec au contraire l'impression très vive qu'il s'agit de quelque chose qui est pleinement motivé dans l'actuel. (p.86)

Selon Bergeret (1979), en accord avec Freud, il y a une tendance, que l'on pourrait qualifier d'intégrative du Moi, chez l'individu souffrant de névrose traumatique, à "[...] assumer (de manière active) le traumatisme en le "répétant" de nombreuses fois" (p.106). L'exemple de cas de Linda illustre comment cette répétition, que nous interprétons comme de la résistance au début, s'est avérée un déclencheur d'un processus de changement positif chez elle.

La régression: saine et/ou pathologique

Pour Spira (1985), on ne peut parler de régression négative ou positive puisqu'en fait, selon elle, il n'y a rien chez l'être humain d'aussi tranché. Par contre, selon cette auteure, le caractère pathologique de la régression dépendra de la quantité d'angoisse y étant associée, puisqu'en étant présente en quantité excessive, celle-ci pourrait entraîner une perte de maîtrise du Moi.

En 1915, Freud, dans ses Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort, reliera directement et clairement régression à la maladie mentale: "L'essence de la maladie mentale, c'est le retour à des états antérieurs de la vie affective et de la fonction" (p.22). Heinmann et Isaacs (1952/1966) semblent aussi de cet avis: "Toute maladie mentale implique, en quelque mesure et sous quelque forme, une régression de la libido à des points de fixation précoces. La régression est un phénomène d'importance capitale dans l'étiologie des névroses, des psychoses et de l'involution du caractère" (p.160).

Pour Arlow (1963), la régression est un trait essentiel de la formation de presque tous les symptômes chez les adultes. Selon lui, elle est une tendance toujours présente dans la vie psychique de tout individu, mais est plus caractéristique des enfants qui y auront recours avec moins de retenue ou de refoulement, au lieu de développer des symptômes comme chez l'adulte.

Selon Balint (1971), il semble clair que les écrits théoriques de Freud témoignaient du concept de régression, surtout dans son aspect défensif de résistance ou comme facteur pathogène, et non comme un phénomène pouvant s'avérer positif dans certains cas (à la seule exception du cas de Dora, qui sera abordé au prochain chapitre). Freud voyait aussi la régression comme une résistance à vaincre par l'analyste: "Le passé est l'arsenal où le patient va

chercher ses armes pour se défendre contre les progrès de l'analyse, armes que nous devons lui arracher une à une" (1914, cité par Barande, 1966, p.371). Et en général, il semble apparent que, pour Freud (1900/1971), la régression joue un rôle essentiel dans la formation des symptômes: "Nous remarquons encore, au sujet de la régression, qu'elle joue dans la théorie de la formation des symptômes névrotiques un rôle aussi important que dans la théorie du rêve" (p.466). Aussi, Freud (1916-1917), dans la XXIIe leçon de son Introduction à la psychanalyse, réaffirme le rôle de la régression comme étant un facteur important de la pathogénèse des névroses, des psychoses, des perversions, etc. Il y qualifie, en faisant référence au développement libidinal, la régression comme l'un des dangers du développement de l'individu. L'unité régression-progression semble par ailleurs représenter pour Freud (1905) les deux pôles d'un même continuum, pouvant aller de la normalité à la pathologie. Paradoxalement, selon Barande (1966), Freud a aussi constamment valorisé, dans ses écrits techniques surtout, la valeur positive et prospective de la régression.

Pour Winnicott (1955), le mot régression est vu comme le revers de la progression, de l'évolution de la santé, qui est selon lui le signe de la maturité émotive de l'individu en accord avec son âge. Pour que cette progression soit renversée ou arrêtée, il faut, selon cet auteur, qu'il y ait une organisation déjà existante chez l'individu qui permette la régression; comme nous le verrons plus loin, c'est aussi, selon lui, par la régression qu'il y a possibilité de guérir, dans les conditions spécifiques de la situation analytique ("setting"). Donc, pour Winnicott, la régression semble être le signe de la pathologie chez l'individu et, en même temps, la voie vers la guérison.

Pasche (1966) nous dit que tout le monde régresse, mais que ce n'est pas toujours pour le meilleur: "Le retour à des pulsions non intégrées ou désintriquées me paraît regrettable" (p.423). Diatkine (1957) note qu'il y a une continuité entre la régression pathologique et les plaisirs régressifs normaux; ce n'est pas, selon lui,

la régression qui est pathologique comme telle, mais le mode de régression qui est emprunté. Selon Laughlin (1979), tout le monde possède une capacité de base à la régression, qui variera selon les individus et leurs expériences passées. Pour Guntrip (1969), la régression devient pathologique quand elle s'accomplit sans aide thérapeutique, sans personne pouvant suivre et comprendre le processus. Pour Rabin et Haworth (1960), une régression saine est relaxante et aide à évacuer la tension, ce qui aide au développement, tandis qu'une régression malsaine a plutôt tendance à provoquer un arrêt du développement.

Freud (cité par Laplanche et Pontalis, 1967) a souvent insisté sur le fait que le passé de l'individu, voire de l'humanité, demeure toujours en nous, y normalisant, nous semble-t-il, le concept de régression: "Les états primitifs peuvent toujours être réinstaurés. [...] Le psychique primitif est, au sens plein, impérissable" (p.402). Pour Michael Balint (1971), il y a dans toute névrose ou psychose la manifestation de traits infantiles et le psychothérapeute aura toujours affaire, d'une façon ou d'une autre, à l'enfant dans le patient.

Selon Barande (1966), la régression est toujours vue, dans les écrits théoriques, comme négative et il ajoute: "Rares sont les auteurs à lui avoir reconnu sa place dans la normalité" (p.401). Anna Freud (1968) est l'une des premières psychanalystes à avoir normalisé le concept de régression, puisqu'elle verra la régression comme un phénomène normal du développement chez l'enfant, typique des crises développementales. Par contre, selon elle, "Les effets bénéfiques de la régression concernent seulement les cas où le processus est temporaire et spontanément réversible" (p.84). Par ailleurs, Diatkine (1957) considère que, même chez l'adulte, la régression est ressentie comme un processus normal et contribue à la santé mentale, dans le sens d'une "régression au service du Moi", qui est un phénomène partiel, adaptatif et caractérisant surtout l'individu normal: "La régression au service du Moi joue surtout un rôle sain avec des individus normaux" (Jonhson, 1979, p.52). Pour Loewald (1960), le rôle de la régression

et de la désorganisation du Moi s'avère important dans la réussite de la consolidation progressive de la personnalité. Quant à Hartmann (1950), il soutient que le niveau de fonctionnement du Moi varie selon les individus et que, pour un même individu, il existe des différences entre les fonctions du Moi pour ce qui est de leur prédisposition à la régression. Laughlin (1979) abonde dans le même sens en affirmant aussi que la capacité et le besoin de régresser varient selon les individus. Pour Diatkine (1957), c'est l'inaptitude à régresser qui est pathologique.

Pour Lowenstein (cité par Jonhson, 1979), la régression, comme mécanisme de défense, devient pathologique lorsqu'elle est rigide, c'est-à-dire toujours utilisée pour modifier la réalité et généraliser. Pour Bergeret (1979), la régression comme pathologique trouve sa place dans la chronicité et est caractérisée par le retrait du monde externe: "L'agir régressif et la satisfacton qu'il entraîne peut en effet, par le déficit d'objectalisation qu'il implique, aider à maintenir un système de vie relativement fermé sur lui-même et finalement peu compatible avec une existence adaptée aux réalités" (p.106).

L'aspect pathologique ou non de la régression, selon Laughlin (1979), dépend de sa durée; il distingue la régression mineure de la régression majeure. Les régressions mineures, saines "[...] frequently reflect a patterned type of response. They are often interesting phenomena, as distinguished from being of great significance as far as psychopathology is concerned. They are usually partial, simple, temporary, and not a prominent feature of illness" (p.321). Par contre, les régressions majeures, pathologiques "[...] include the massive behavioral reversions associated with psychotic reactions, which can progress to the infantile level. By definition they are of considerable significance, occupying a position of prominence in a given individual, his emotional adjustment and illness" (p.321).

Pour Gill (1963), la régression inconsciente et involontaire peut être pathologique, par opposition à une régression consciente et volontaire. La régression qui a des effets pathologiques est, selon Bouvet (1967), le propre d'une structure pré-génitale (conflit de relation à la mère), dans laquelle toute difficulté peut déclencher une régression à un type d'organisation partiellement dépassé dans son enfance.

La régression peut s'avérer normale ou pathologique pour Laughlin (1979); elle est par contre perçue plus pathologique chez l'adulte que chez l'enfant: "Conduct which would not be considered abnormal or inappropriate in children may be regarded as quite inappropriate, or as an evidence of illness, in the adult" (p.344). Pour Diatkine (1957), ce qui différencie l'adulte de l'enfant c'est que l'adulte est supposé posséder un meilleur contrôle de l'expression motrice de ses émotions. Ici, Bettelheim (1967/1969) ne serait pas tout à fait d'accord puisque, toujours dans sa critique du concept de régression, il pourrait nous dire que cette façon de voir la régression "[...] abrite l'idée que certains comportements devraient être limités à un âge spécifique" (p.370).

CHAPITRE 2

ÉVALUATION DE LA RÉGRESSION ET SA VALEUR THÉRAPEUTIQUE EN THÉRAPIE

Les deux niveaux de travail analytique: Génital et pré-génital

Dans toute entreprise thérapeutique, il est important d'être en mesure d'évaluer le patient et ce de façon assez rapide, pour ainsi permettre une meilleure orientation vers la méthode thérapeutique convenant à ses besoins, tout en tenant compte des limites du cadre, de ce nous pouvons lui offrir.

Pour ce faire, Balint (1972), Bouvet (1967), Winnicott (1955) et Boyer (1983) semblent voir la nécessité de séparer deux grands niveaux du travail analytique, selon le niveau où la structure de la personnalité du patient se situe soit 1) à un niveau oedipien ou génital, de forme verbale, se référant à une relation objectale triadique ou 2) si elle est reliée à une forme de traumatisme plus archaïque dans le développement, qu'ils nomment de niveau pré-oedipien, pré-génital ou pré-verbal, se rapportant à un niveau de "retour", pouvant être observable en thérapie, "[...] à l'état d'amour primaire, à l'harmonie imperturbée, à l'identité parfaite du sujet et de l'objet" (Balint, p.109), en fait, à la relation mère-enfant. Balint (1971) associe à ce dernier niveau les patients considérés "[...] "très perturbés", "atteints d'un clivage profond", "gravements schizoïdes", "possédant un Moi trop faible ou immature", "fortement narcissiques" ou présentant une "profonde blessure narcissique", etc." (p.21). Selon cet auteur, la racine du mal de ces patients remonte plus loin et plus profondément que le conflit oedipien, à ce qu'il nomme la "zone du défaut fondamental": "Il ne s'agit pas de quelque chose qui serait bloqué et pour lequel il faudrait trouver une meilleure issue, mais de quelque chose qui manque au patient, soit actuellement, soit pratiquement depuis sa naissance" (Balint, 1971, p.34).

Selon son expérience, Balint (1971) rapporte qu'au niveau oedipien, la technique d'interprétation de type verbal, classique à la méthode psychanalytique, semble

donner les résultats thérapeutiques escomptés; par contre, il met en évidence la difficulté de cette même méthode avec les patients régressés à un niveau non-verbal:

Que doit faire l'analyste lorsque l'expression du matériel pré-génital à l'aide de mots d'adultes est incompréhensible ou inacceptable pour le patient, c'est-à-dire dans le cas où il ne semble pas exister pour lui de voie simple menant directement du niveau pré-verbal au niveau oedipien. (p.20)

Selon cet auteur, le patient du niveau pré-oedipien a de la difficulté à inclure, à incorporer ou à comprendre dans le sens réel ce que le thérapeute amène par ses interprétations de type verbal, puisque son noyau problématique se situe à un niveau où ce type de langage n'est pas complètement acquis. Selon le niveau du patient, il y a donc une différence fondamentale en ce qui concerne le langage à employer dans le processus thérapeutique et la façon dont ce langage est compris par le patient. Voici quelques caractéristiques données par Balint nous permettant de différencier ces deux niveaux du travail analytique:

LE NIVEAU OEDIPIEN (GÉNITAL):

- Relation triangulaire: présence de deux objets parallèles au sujet;
- Présence d'un conflit inhérent à la situation triadique;
- Le langage adulte y représente le moyen privilégié de communication.

LE NIVEAU PRÉ-OEDIPIEN OU LA ZONE DU DÉFAUT FONDAMENTAL (ORAL ET SADIQUE-ANAL):

- Relation primitive dyadique;
- La force dynamique n'est pas de l'ordre du conflit;

- Le langage verbal adulte est inutile ou trompeur pour décrire les phénomènes de ce niveau.

Bouvet (1955), dans sa Clinique psychanalytique de la relation d'objet, a développé ce qu'il appelle une "Échelle de rapports régressifs au monde" ou "Échelle des écarts pathologiques". Pour lui, l'évaluation de la solidité du Moi est l'élément déterminant puisqu'elle représente la "[...] notion qui résume pratiquement les possibilités d'adaptation du sujet, élément fondamental du diagnostic et du pronostic" (p.162). L'analyse de la structure des relations objectales est l'autre élément fondamental qui nous situe quant à la nature de la problématique et ainsi nous permet d'adopter la thérapeutique qui convient.

Pour ce psychanalyste, l'étude des relations objectales permet "[...] d'établir un diagnostic de structure, de situer l'ensemble d'une personnalité par rapport à une échelle de valeurs réelles, en allant au delà des données immédiates de la symptomatologie et de l'anamnèse" (p.180). En effet, en plus de donner un diagnostic clinique, comme en psychiatrie, la clinique psychanalytique contribue au pronostic et apporte des indications thérapeutiques. Il est ici à noter qu'un même diagnostic chez deux personnes peut, selon la structure de la relation objectale, s'avérer plus facile à soigner chez l'une que chez l'autre; ce n'est donc pas la pathologie qui détermine le pronostic, mais la capacité d'adaptation du sujet au monde. À ce sujet, une étude expérimentale de Miljkovitch et Irvine (1982), qui tentait de démontrer que la performance artistique des schizophrènes serait similaire à celle des très jeunes enfants, c'est-à-dire de forme très régressive, et que celle des autres pathologies ressemblerait à la performance d'enfants plus âgés, fut rejetée en concluant que: "The regression hypothesis may be accepted but as a non-specific mechanism at work in psychiatric illness. In this eventuality, what is probably important to account for performance is the severity of the disturbance rather than the diagnosis" (p.207).

Pour Bouvet (1955), les différences fondamentales objectivement observables entre les deux niveaux de travail analytique, c'est-à-dire pré-génital et génital, se trouvent, premièrement, dans les rapports entre le Moi et la relation d'objet et, deuxièmement, dans le rapport du sujet à l'objet. Donnons-en ici les principales caractéristiques:

LE RAPPORT ENTRE LE MOI ET LA RELATION D'OBJET

CHEZ LES PRÉ-GÉNITAUX

- Le Moi est faible;
- La stabilité du Moi et sa cohérence dépendent de la persistance de relations d'objectales avec un objet significatif; incomplétude affective;
- La perte des relations ou de l'objet entraîne un désordre et une désorganisation du Moi; phénomènes de dépersonnalisation, troubles psychotiques;
- Acharnement à garder l'objet à tout prix et aménagement défensif développé à cette fin; symbolisation: objet symbolique chargé des mêmes valeurs affectives que l'objet initial, lui permettant de ne pas se priver de relation objectale.

CHEZ LES GÉNITAUX

- Le Moi est fort;
- La force du Moi ne dépend pas de la possession d'un objet significatif;
- La perte ne trouble pas la solidité de la personnalité; l'unité du Moi n'est pas à la merci de la perte de contact avec un objet significatif.

LES RAPPORTS ENTRE LE SUJET ET L'OBJET

CHEZ LES PRÉ-GÉNITAUX

- Relation extrêmement étroite avec l'objet, qui est imposée par l'immaturité des pulsions du sujet;
- Caractère archaïque de la relation; violence et absence de mesure dans les affects;
- Mode de pensée animiste, de type fantasmatique;
- Variabilité extrême des sentiments; ambivalence omniprésente;
- L'objet significatif n'est effectivement qu'un objet dans tous les sens du terme, nécessaire dans la mesure où il remplit une fonction de satisfaction instinctuelle narcissique; la volonté de cet objet n'est pas considérée;
- Désir de possession brutal et destructeur;
- Projection à l'image du sujet au mépris de la réalité (la quantité de projection déterminant la gravité de la pathologie); réalité toujours plus ou moins transformée;
- Étroite dépendance du Moi envers ses objets; auxiliaire du Moi.

CHEZ LES GÉNITAUX

- Le Moi demeure indépendant de l'objet; la perte de l'objet n'équivaut pas à la déstabilisation structurelle de la personnalité;
- Mode de pensée logique; plus réaliste;
- Relation entre le sujet et l'objet plus évoluée;
- Affects nuancés;
- Le sujet réagit en fonction des réponses de l'objet;
- Profondeur des investissements variable; capacité de changement d'objet;

- Empathie envers l'objet;
- Réalité objective perçue.

Pour Winnicott (1955), la classification des patients s'effectue aussi en fonction de la technique qu'il devra employer en analyse. Il divise ses cas en trois catégories:

- 1- Les patients ayant une bonne unité du Moi, dont la difficulté réside au niveau des relations interpersonnelles; développement des périodes infantiles primaires satisfaisant; la technique classique de la psychanalyse est utilisée;
- 2- Unité de la personnalité à l'étape embryonnaire; analyse de la position dépressive relative à la relation mère-enfant; l'analyse de l'humeur et l'idée de garder l'objet intact (analyste) est de première importance pour ces patients;
- 3- Développement émotif primitif, peu évolué, immature; le patient a besoin de "holding" de la part de la mère (thérapeute), avant qu'il puisse s'expérimenter comme une entité;

Ce genre d'évaluation nous permet de voir à quel niveau nous devons nous préparer à travailler avec notre patient pour lui donner les chances optimales de guérison en nous mettant au diapason de ses besoins.

Mais comment savoir si la régression sera bonne pour un patient et nuisible pour un autre? Pour Winnicott (cité par Boyer, 1983, p.173), il ne faut pas se baser sur le diagnostic ou sur la pathologie du patient pour choisir d'orienter la thérapie vers l'encouragement ou le découragement d'un chemin régressif entrepris par le patient, mais il faut être en mesure d'évaluer sa capacité à se servir du transfert

analytique. De toute façon, selon lui, il ne s'agit pas ici d'encourager la régression, mais d'être en mesure de suivre le patient là où il a besoin d'aller.

Cox et Esau (1974) abondent dans le même sens en disant qu'ils ne se basent pas non plus sur le diagnostic ou l'histoire familiale pour décider si le patient suivra une thérapie régressive ou non, mais sur la qualité de la relation thérapeutique dès le début. Pour Adler (1985), les premiers contacts déterminent la quantité de contrôle, de structure dont le patient aura besoin: "In my experience, intensive regressive feelings that appear at very early in treatment have a greater potential to produce self-destructive behavioral regression" (p.160).

Pour Viderman (1966), le début du traitement se caractérise d'abord par la montée des mécanismes de défense et de résistance face à la situation analytique, dans laquelle le Moi se sent menacé. C'est à ce moment-là qu'il faut être en mesure d'évaluer la capacité du Moi du patient à régresser et prendre la méthode thérapeutique qui s'impose; en fait, selon lui, un patient qui aurait tendance, dans la première phase de la thérapie, à immédiatement adopter une attitude régressive, ne serait pas un bon candidat pour une thérapie de type régressif. Lester (1980) nous dit en effet que la période intermédiaire, entre le début et la fin de la thérapie, est celle où le patient sera le plus enclin à régresser; ceci sera en effet illustré dans nos deux exemples de cas à la discussion. De plus, selon Adler (1985), le thérapeute doit être en mesure d'évaluer si le patient est capable d'intérioriser le thérapeute et voir si la relation thérapeutique contient une force de soutien. Il fait aussi part d'un facteur déterminant à prendre en considération, c'est-à-dire la personnalité du thérapeute que nous verrons à la troisième section de ce chapitre.

Cox et Essau (1974) ajoutent que cette thérapie ne peut être entreprise que grâce à une relation de confiance entre le patient, le thérapeute et la famille du patient. De plus, ils rappellent le fait qu'un entourage de support maximal est nécessaire

pour cette thérapie avec des patients plus sérieusement atteints: "A Hospital setting is indispensable for regressive therapy of seriously disturbed patient" (p.18). Avec les patients de type plutôt névrotique, la régression qui s'effectue est plutôt au service du Moi et se manifeste seulement à l'intérieur de la situation analytique, ne s'étendant pas à la vie extérieure (Adler, 1985, p.154).

La section suivante, relative à la valeur thérapeutique de la régression en situation analytique, sera principalement consacrée à la technique relative au traitement de patients dont les phénomènes de régression ou les points de fixation se situent au niveau pré-génital, pré-oedipien et pré-verbal puisque c'est là, d'après nous, que réside la force spécifique de l'art-thérapie comme méthode de traitement. En effet, pour Balint (1971), la thérapie de type analytique, essentiellement de type verbal, présente une faille lorsqu'il s'agit de communiquer avec un sujet présentant une problématique d'un niveau pré-verbal, pré-génital ou pré-oedipien; l'art-thérapie nous semble, de par sa spécificité que nous étudierons plus à fond au prochain chapitre, le traitement indiqué pour ces patients. En effet, il s'avère nécessaire, d'après nous, d'adapter la méthode thérapeutique au niveau qui convient au besoin du patient, et non l'inverse, selon les critères d'évaluation examinés dans la section précédente. Mais donnons d'abord un aperçu de la pensée de divers auteurs concernant la valeur thérapeutique de la régression.

La valeur thérapeutique de la régression en thérapie

Pour Diatkine (1957), "la notion de régression, comme celle de fixation, a une réalité clinique très particulière, directement liée à l'expérience psychanalytique. Il n'est pas possible d'en comprendre la réalité si l'on oublie que c'est dans la condition de la cure analytique qu'elle se manifeste" (p.407). Freud (cité par Barande, 1966) avait une idée claire de l'aspect régressif du transfert: "[...] le

concept de transfert implique par définition la notion de régression et de répétition" (p.370-371). Malgré le fait que Freud semblait surtout considérer la régression comme une force de résistance s'opposant aux efforts du psychanalyste, dans la Thérapeutique analytique (tirée de son Introduction à la Psychanalyse de 1916), il l'introduit aussi, à travers le transfert, comme un élément curatif, à la base même de la méthode analytique:

La partie décisive du travail consiste, en partant de l'attitude à l'égard du médecin, en partant du "transfert", à créer de nouvelles éditions des anciens conflits, de façon à ce que le malade s'y comporte comme il s'était comporté dans ces derniers, mais en mettant cette fois en oeuvre toutes ses forces psychiques disponibles pour aboutir à une solution différente. (p.432)

Balint (1977) mentionne que Freud n'a considéré qu'une seule fois dans ses écrits la régression comme un "allié thérapeutique", comme il n'a décrit que rarement le comportement non-verbal de ses patients. C'est dans son analyse avec Dora qu'il aurait découvert cet aspect de la régression, mais n'en aurait fait mention que dix ans plus tard, en 1914, dans L'histoire du mouvement psychanalytique; dans cette analyse faite en collaboration avec Breuer, il parlera clairement du rôle important joué par la régression dans cette cure:

Cette régression nous faisait remonter de plus en plus en arrière, généralement, nous semble-t-il au début, jusqu'à l'époque de la puberté; mais certains succès et certaines lacunes poussèrent l'analyse à poursuivre la régression jusqu'aux années d'enfance qui étaient restées jusqu'alors inaccessibles à toute exploration. Cette orientation ne tarde pas à devenir un des traits caractéristiques de l'analyse. (Freud, 1905, p.73)

Cette fois, la régression y sera clairement exposée par lui comme un élément essentiel à la technique psychanalytique et il avouera même le danger de la négliger en analyse: "Ce seul exemple suffit à montrer à quelles erreurs on

s'exposerait en suivant le conseil que nous avons mentionné plus haut et de quel recul scientifique on se rendrait coupable en négligeant la régression dans la technique analytique" (p.74).

Selon Balint (1971), que l'analyste le veuille ou non, la régression va inévitablement se produire en situation analytique. Selon lui et d'autres auteurs (Searles, Winnicott, Little, Adler, etc.), elle s'avère une nécessité pour que le traitement soit efficace: "Il est nécessaire que le traitement remonte à la période pré-traumatique, qu'il permette au patient de revivre le traumatisme lui-même afin qu'il puisse mobiliser sa libido "fixée" et trouver de nouvelles possibilités de régler les problèmes en question" (p.112). Boyer (1983) semble aussi en accord avec cette façon de procéder puisque, selon lui, l'analyse consiste en une récapitulation des périodes vécues dans l'environnement infantile traumatique et dans la réactualisation de la relation primaire, avec ses variations, durant la thérapie; si le patient a vécu, par exemple, une série de crises, celles-ci doivent être revécues durant la thérapie, donc l'impasse qu'a subie le développement du petit enfant devient aussi celle de la thérapie.

Pour Vilderman (1966), la régression est le but de l'analyse; tout doit être mis en oeuvre pour "faciliter au patient l'accès aux voies régressives" (p.474). En fait, selon lui, la technique même du champ analytique et la forme de la situation thérapeutique sont pensées en ce sens: "Toute variation des paramètres techniques ne peut être tenue pour psychanalytiquement valable que pour autant qu'elle ne s'écarte pas jusqu'à en altérer la première visée: induire la régression" (p.474).

Pour Balint (1972), c'est le climat même de l'analyse qui "induit chez le patient une forte attirance vers l'adoption d'une attitude infantile" (p.121). Selon Loewald (1960), une intervention thérapeutique doit promouvoir et utiliser la régression,

mais de façon contrôlée; c'est sous la régression que l'on peut, selon lui, arriver à comprendre la névrose de transfert, c'est-à-dire par la réactivation de l'enfance dans la situation analytique présente.

Cox et Esau (1974), dans leur ouvrage intitulé Regressive therapy, prônent la régression comme thérapie, surtout avec les patients souffrant de graves désordres du Moi: en fait, c'est justement la présence de dysfonctions ou d'une déprivation importante du Moi qui justifient le recours à une thérapie régressive. De toute façon, selon eux, ces patients réexpérimenteront les événements de l'enfance, soit par leur remémoration directe, ou par leur revécu dans la relation thérapeutique. Pour les patients souffrant de troubles états-limites, de syndrome schizoïde ou de schizophrénie, la régression offre, selon Adler (1985), la possibilité pour ce qu'il appelle un "new beginning" ou un "rebirth" (p.157): "The regression permits a reliving that can lead to a partial repair of an old wound" (p.157).

Marguerite Sechehaye (1951, cité par Adler, 1985), dans son ouvrage s'intitulant Symbolic realization, voit la régression, le retour comme une expression nécessaire de la pathologie, comme la voie par laquelle la guérison s'effectue:

The mode for expression had to be more primitive, and had to correspond to the stage at which the trauma had taken place. The only one that could be used was that which it was suitable to the baby; expression by the symbolic signs of gestures and movements" (tiré de Adler, 1985, p. 143).

Fairweather et Johnson (1981), quant à eux, nous parlent du concept de régression symbolique, qu'ils dissocient complètement de la régression comportementale qui est, selon eux, plus pathologique. Cette régression symbolique est le processus qui permettra à la personne d'avoir accès à son histoire passée, qui lui permettra de mieux comprendre et supporter le présent; puisqu'elle connaîtra la cause de son mal, les liens seront rétablis. La porte

d'entrée à cette régression symbolique est, selon eux, ce qu'ils appellent "the child self"; le but de la thérapie serait donc d'entrer en contact avec cet enfant en soi, pour pouvoir le libérer et ainsi favoriser le développement: "Fixation upon a certain developmental level will persist until the symbolic regressive capacity is restored to the point where it is adequate to free the child self into the experience of the presence" (p.45).

Adler (1985) rappelle qu'il est bien sûr plus facile de modifier les symptômes que de modifier les affects profonds d'une personne, l'avenue de la régression n'étant pas la voie la plus facile à adopter pour l'analyste. Mais, selon Laughlin (1979), l'encouragement de la régression avec l'emploi de la gratification, de l'acceptation d'une dépendance à l'analyste est de plus en plus employé comme méthode thérapeutique avec les psychotiques; ce qui est tout à fait logique, selon lui, si l'on considère que ce genre de pathologie trouve son origine dans les premières années de la vie: "The most severe types of psychotic reaction are laid down in the first years of life" (p.348).

Les oppositions à l'emploi de la régression comme méthode thérapeutique en psychanalyse ne manquent pas. Entre autres, notons celle de Ferden (1979), qui est tout à fait en désaccord avec ce genre de pratique avec le patient psychotique (niveau pré-oedipien), considérant que la technique analytique se doit d'être modifiée si elle veut travailler avec les psychotiques. Pour lui, il ne faut pas augmenter la régression d'un psychotique en analyse car "le patient a besoin de sa libido totale pour maintenir ses fonctions en danger" (p.180). Gantt (1979) et Honig (1977), art-thérapeutes, préconisent une approche très structurée avec les patients psychotiques. Selon Honig, l'accent doit être mis sur la réalité car, dans les vraies psychoses schizophréniques, une méthode à la Naumburg, travaillant avec la spontanéité, n'est pas préconisée puisque "it seems to be difficult for schizophrenics to understand and accept the aspect of their own pathology in their art work" (p.99). La méthode à employer avec les patients dont le Moi est faible

est, selon elle, la suivante: "Organize thought processes with clear, realistically defined projects. Structured and organized approach avoid delusional, fantasy, unreal drawings. Aware of surroundings is stressed" (Honig, 1977, p.100). Selon Ulman (1975, cité par de Gantt, 1979), certains patients psychotiques auront plutôt besoin d'aide pour établir des défenses contre le matériel inconscient qui les envahit, qui les submerge. Effectivement, comme nous l'a dit Anna Freud (1968), la régression n'est pas toujours au service du Moi, mais parfois à celui du Ça et du Surmoi...

Par contre, il semble clair pour Winnicott (1955) et Barande (1966) que le but de l'analyse n'est pas d'amener le patient à régresser ou d'encourager la régression, mais bien d'être en mesure de permettre au patient de régresser, de le suivre et le supporter dans cette voie régressive si c'est celle qu'il a ressentie comme pouvant lui apporter un mieux-être; par contre, Winnicott note que ce genre de thérapie nécessite un aménagement et un support clinique (équipe de traitement) spéciaux: en effet, pour certains patients, une capacité d'auto-observation du Moi et de contact avec la réalité sera assez forte pour leur permettre de récupérer de la régression à la fin de la thérapie; pour d'autres, un travail en milieu hospitalier, avec un plan de traitement établi et un encadrement plus serré seront indispensables.

Winnicott (1955) nous dit que les techniques qui permettent la régression chez les enfants et les adultes sont de plus en plus utilisées. Pour lui, un traitement réussi implique une régression qui est à la recherche du "vrai Soi" dans le patient; en effet, selon lui, le développement du "faux Soi" est le résultat de l'échec d'adaptation à l'environnement. Selon lui, c'est l'environnement, le "setting" de la cure qui, dans le mouvement régressif de la réactivation d'une situation antérieure, possède les potentialités curatives et les possibilités de réparation. Pour Winnicott (1990), le retour à l'expérience et la reconnaissance de l'état de dépendance, relatifs à la réactivation des expériences précoces, possèdent des

vertus curatives; sortir de la régression dépendra de la réacquisition de l'indépendance, dans laquelle le thérapeute et la confiance qui s'en dégage jouent un rôle primordial. Les conditions techniques de base pouvant favoriser un tel état dans la cure analytique, c'est-à-dire le "setting", selon Winnicott (1955), sont données en appendice A.

Le mouvement régressif peut, toujours selon Winnicott (1955), se faire vers des situations pré-génitales expérimentées antérieurement comme positives quand l'individu éprouve des difficultés à traverser des stades plus avancés dans son développement (phénomène normal dépendamment de sa durée); le patient peut aussi régresser à des situations qui lui furent défavorables dans le passé; à des points négatifs ou de manque dans son développement. Ces régressions sont vécues comme douloureuses et difficiles mais sont, selon Winnicott, très utiles à la cure puisque "it carries with it the hope of a new opportunity for an unfreezing of the frozen situation and a chance for the environment, that is to say, the present day environment, to make adequate though belated adaptation" (p.20).

Selon Balint (1971) et Winnicott (1955), la régression dans la cure analytique avec les patients ayant une structure pré-génitale implique deux personnes, c'est-à-dire le patient et le thérapeute; une régression plus profonde ou chronique impliquerait seulement le sujet (retrait). Partant du postulat selon lequel le trouble psychotique est relié à un échec de l'environnement durant les premiers mois du développement de la vie émotive de l'enfant, le "setting" de l'analyse invite le patient à reproduire cette relation mère-enfant. Cette régression est, selon Winnicott (1955), un retour à une situation de narcissisme primaire et de dépendance de la petite enfance: "In primary narcissism the environment is holding the individual, and at the same time the individual knows of no environment and is at one with it" (p.19).

Bergeret (1979) pense que la régression permet le réajustement narcissique et représente donc sur le plan thérapeutique un outil indispensable à l'amélioration du vécu. Margaret Little (1960) et Sherry (1982) considèrent que, pour les cas de psychose, la régression est la seule alternative au transfert psychotique, qui est vécu comme le retour à un sentiment d'identification avec le thérapeute, de symbiose, puisque c'est, selon elles, à ce stade infantile que le conflit origine dans la schizophrénie. Il semble donc s'avérer nécessaire, pour que l'individu puisse s'expérimenter comme séparé, différent de l'objet, distinct et indépendant, de passer par cet état d'indifférenciation d'avec l'objet, caractéristique de la petite enfance, d'identification et de dépendance envers le thérapeute; le passage à un niveau supérieur de maturation et d'intégration ne peut se faire autrement. En fait, il semble que la régression soit la voie vers une éventuelle progression et que nous ne puissions passer outre... mais son importance apparaît souvent ignorée même si elle s'est avérée, selon certains écrits techniques, l'étape décisive aux changements positifs ultérieurs du patient. Un exemple de ce fait semble être donné par le travail thérapeutique de Brown (1975), art-thérapeute, dans une étude de cas où elle utilise la glaise avec un patient schizophrène (qualifié de patient "régressé"). Elle y décrit le processus thérapeutique, session par session, où de productions en productions toujours plus informes, fluides et symbiotiques les unes que les autres, le patient arrive, à une session donnée, à une réalisation qualifiée de mieux intégrée. Elle la décrit comme suit:

Again the picture of intense oral sadism and massive unfulfilled infant needs. This session marked a turning point for Sam. Not only had he, for the first time, expressed his anguish so directly but he had done so by way of integration rather than fragmentation and regression. (p.6)

Il est en effet notable dans cette étude que l'importance de la régression, de la fragmentation dans la forme et dans le temps, ayant caractérisé le processus thérapeutique des sessions précédentes, ne soit nullement mentionnée comme

ayant pu contribuer à l'apparition de cette forme plus intégrée. C'est comme si ces processus étaient perçus comme étant en lutte l'un contre l'autre, alors que, dans la description même de l'évolution du processus thérapeutique, il nous semble évident que l'un semble avoir contribué à l'accomplissement de l'autre...

Searles considère (1965, 1979, cité par Sherry, 1982) que le but de la thérapie avec les schizophrènes "is to offer the schizophrenic a new and presumably healthier symbiotic relatedness from which s/he can successfully individuate" (p.221). Il faut en effet, selon Little (1960), refaire les liens brisés, remonter à la source, retrouver les racines perdues ou coupées: "It seems to me that in these patients there is a discontinuity between those earliest body memories and later experiences, and that discontinuity must be repaired before survival can be taken for granted" (p.379). Pour Fairweather et Johnson (1981) aussi, la tâche de la psychothérapie sera de remettre l'individu en contact, qu'il a perdu, avec sa source, avec la puissance de sa propre régression symbolique. La manifestation régressive est, pour eux, une tentative de recherche de contacts avec les bases primordiales de la personnalité, qui ont été, par manque de conscience, temporairement interrompus.

Little (1960) décrit deux niveaux d'interprétation lors de la thérapie: 1) celui où le "body happenings", c'est-à-dire tout ce qui concerne le corps, les sensations, l'utilisation d'objets symboliques, la réalité factuelle (ce qui se passe), non intellectuelle, s'avère validé comme important et 2) un niveau plus verbal, introspectif, plus axé sur le test à la réalité. Ces deux niveaux sont, selon elle, tout aussi importants l'un que l'autre à la cure: "The transference phenomena remain at a psychotic level until both stages have been passed" (p.380). Selon cette auteure, le grand problème dans cette forme de thérapie régressive réside, et c'est aussi l'avis de Balint (1971), dans la gratification à donner au patient. En effet, si le patient régresse à un niveau où cette gratification de l'enfance est désirée, il s'avère par

contre impossible, et non-thérapeutique, de combler ce manque en situation analytique; c'est alors que le passage au deuxième niveau d'élaboration s'avère nécessaire:

It is necessary to remember, and to acknowledge to the patient, that it is not possible to satisfy fully his infant needs in his grown up body, and that even if it were, it would be at a cost of his mature self, which would be offended (p.381).

Par contre, selon Laughlin (1979), la situation analytique peut, dans certains cas, arriver à combler partiellement ce manque de gratification.

Pour Viderman (1966), c'est le Moi qui, dans le traitement, s'oppose aux régressions des énergies libidinales. La situation analytique est ressentie par le Moi comme un danger auquel il va s'opposer par l'établissement d'un système défensif. Hughes (1989), se référant au travail de Winnicott, souligne à cet effet que le patient en état de régression a abandonné ses défenses pathologiques et qu'il se sent extrêmement vulnérable; en effet, selon Winnicott (1955), la régression est toujours une expérience douloureuse...

Le thérapeute et la régression

Il semble que l'adhésion ou non à la thèse de la régression comme alliée thérapeutique dépende largement, selon Boyer (1983), de l'analyste lui-même, de sa personnalité, de ses valeurs et de sa tolérance face à ces phénomènes. Cet auteur rapporte deux exemples d'analyse de Freud qui rendent compte de l'intolérance de ce dernier face aux comportements ou phénomènes régressifs de la part de ses patients. En fait, le principe de régression thérapeutique, comme

nous l'avons vu, a dû se développer sans l'apport de Freud, qui, nous semble-t-il, éprouvait une relation ambivalente à l'endroit du concept de régression...

Balint (1977) rapporte qu'il est difficile dans la situation analytique de déterminer la part qui revient au patient et à l'analyste dans l'apparition des phénomènes régressifs: "À mon avis, l'analyste y participe aussi bien que le patient, mais il n'est pas facile de démêler quelle est la part de chacun d'eux" (p.110). En effet, selon Diatkine (1957), la régression s'étudie dans la relation transférentielle et varie en fonction de l'évolution de cette dernière, c'est-à-dire en partie en fonction de l'attitude de l'analyste. Il semble, selon Balint (1971), que la régression en situation analytique dépende de la façon dont l'analyste répond au patient: "Certaines réponses ouvrent largement la porte à la régression, d'autres ne lui laissent qu'un étroit passage, et d'autres encore s'efforcent de la prévenir" (p.114). Boyer (1983) et Balint (1971) notent que l'objectivité, la passivité et l'empathie, des facteurs si importants en thérapie, sont plus difficiles à maintenir avec ces patients dont la communication est plus primaire; le thérapeute, selon Balint, se sent menacé de se laisser impliquer subjectivement sur le plan émotionnel.

En effet, les facteurs contre-transférentiels ne sont certes pas à négliger dans le travail avec les patients régressés ou en mouvement régressif, qui s'avèrent souvent ceux qui vont pousser le thérapeute à ses limites d'endurance (Boyer, 1983): "[...] therapists who use analytic treatment for regressed patients note that their countertransference responses with these patients differ considerably from those experienced with neurotic patients" (p.188). Adler (1985) considère que le thérapeute doit aussi "[...] being able to acknowledge murderous hate, envy, or intense infantile longing in himself and to be comfortable with his primitive material" (p. 163); il sera alors en mesure de séparer son propre matériel de ce que vit le patient, et pourra ainsi favoriser une plus grande conscience chez celui-ci. La capacité du thérapeute de tolérer la façon dont le patient se comporte dépend, selon Boyer (1983), des facteurs suivants:

Whether the analyst can be comfortable will depend on his idiosyncratic personal interests and sensitivities, his prior experiences with regressed patients, the ego state and psychopathology of the patient involved, and his unconscious reactions to the patient's behavioral and verbal productions" (p.173).

Par ailleurs, Hughes (1989) rapporte les idées de Winnicott, pour qui les erreurs interprétatives ou autres du thérapeute peuvent s'avérer thérapeutiques pour le patient, puisque ces "erreurs", auxquelles le patient réagira "négativement", représentent souvent les mêmes qu'il a vécues dans son environnement primaire. Étant revécues à l'intérieur du transfert, elles pourront être analysées en thérapie. Toujours selon Boyer (1983), la régression devient un obstacle quand le thérapeute répond de façon aversive au patient à cause de son contre-transfert ou de sa philosophie de traitement. Effectivement, pour Bromberg (1979), la régression peut devenir anti-thérapeutique si elle va à l'encontre de l'idée que se fait le thérapeute de la croissance de l'individu; en d'autres mots, il ne faut pas aller à l'opposé de notre processus naturel, ne pas forcer ou adopter cette technique si elle ne nous convient pas ou si nous ne sommes pas à l'aise avec elle.

Pour Cox et Esau (1974), le rôle du thérapeute est "to listen and respond with permission and understanding. At the core of the experience from the therapist's point of view is the awareness of an area of deep tenderness and need for patient to relate as a child to a parent" (p.17). Dans la forme de thérapie régressive que ces analystes préconisent, les thérapeutes doivent se montrer sous leur vrai jour; il est trop facile, selon eux, d'adopter une attitude de distance stérile face à nos émotions, qui participent entièrement au processus thérapeutique. Little (1960) abonde dans le même sens en étant plus ouverte sur ce qui est habituellement non-permis dans la méthode classique psychanalytique, comme le fait de toucher le patient, d'exprimer ses propres émotions, etc. Pour Cox et Esau (1974),

l'expression de l'amour, de la haine, de la colère, de la tristesse ou de toute autre émotion est considérée comme thérapeutique, en autant que le thérapeute n'impose pas ses besoins à son patient. Ils insistent aussi sur l'importance de l'appui de la famille, que le thérapeute peut substituer, mais jamais remplacer.

Comme nous l'avons vu dans les thèses de Little (1960) et Sherry (1982), il est important que l'identification entre le patient-thérapeute s'opère pour qu'une différenciation entre le sujet et l'objet puisse ensuite s'effectuer. Pour Searles (1965, 1979, cité par Sherry, 1982), le thérapeute doit être en mesure de suivre le patient dans sa régression pour que le patient parvienne à s'individualiser; par contre, il doit se garder de participer "[...] in the schizophrenic's pathologically symbiotic and omnipotent way of being" (p.221). Selon Winnicott (1955) et Moore (1990), l'analyste doit être en mesure de tolérer l'acting out pour ce genre de travail régressif avec le patient; cet acting out doit par contre être mis en mots, verbalisé, amené au processus secondaire. Il est en fait question ici de la distance à mettre entre le patient et le thérapeute; certains diront (Khan, 1974 et Jacobson, 1967, cité par Sherry, 1982) que l'interprétation est une étape trop avancée pour le schizophrène et que le thérapeute devra d'abord jouer le rôle que le patient a besoin qu'il joue, c'est-à-dire accepter l'identification projective: "The therapist must be able to function as an introjected part of the patient" (Searles 1967, 1979, cité par Sherry, p.225). Par contre, selon Sherry (1982), il semble que les thérapeutes demeurant neutres et interprétatifs sont plus en mesure de travailler avec les parties les plus perturbées chez leur patient. En effet, pour Loewald (1960), il semble essentiel que le thérapeute garde son objectivité pour qu'il puisse être un écran sur lequel le patient puisse projeter son transfert. C'est, selon lui, la potentialité d'un nouvel objet (analyste) et le support qu'il apporte qui permettent au patient d'entrer dans la crise régressive du transfert névrotique et de la traverser. En fait, selon lui, ce n'est pas tant la découverte d'un nouvel objet qui importe, mais bien la découverte nouvelle de l'objet:

[...] the essence of such new object-relationship is the opportunity they offer for rediscovery of the early paths of the development of object-relations, leading to a new way of relating to objects as well as of being and relating to oneself. (p. 18)

Enfin, notons que, pour Winnicott (1990), le thérapeute doit assumer deux rôles: "Le pire qu'on puisse imaginer à tout point de vue, et le meilleur - une figure maternelle idéalisée occupée à des soins absolument parfaits" (p.183). En fait, la reconnaissance graduelle du bon et du mauvais chez le thérapeute va de pair avec l'acceptation de cette dichotomie dans le Soi et un meilleur contact avec la réalité.

Pour Little (1960), le rôle de l'analyste se résume à ceci: "The analyst can do nothing but be there a whole and separate individual, with his own unity which he has made available to the patient" (p.381).

CHAPITRE 3

LA RÉGRESSION ET L'ART-THÉRAPIE

Après avoir présenté, dans les deux premiers chapitres, un aperçu de diverses conceptions de la notion de régression et de sa valeur thérapeutique dans la littérature psychanalytique, le troisième chapitre sera consacré au champ d'intérêt spécifique de cette recherche, soit l'art-thérapie. Une première partie traite du concept de régression dans la littérature en art-thérapie, même si ce concept n'est pas largement abordé, en dehors de la populaire régression au service du Moi, qui sera d'abord examinée. Deux études de cas sont ensuite présentées; nous croyons qu'elles aideront à illustrer quelques-uns des phénomènes régressifs dont nous avons parlé précédemment, tout en faisant ressortir la spécificité de la méthode en art-thérapie par rapport à la méthode psychanalytique.

La régression au service du Moi

Le régression au service du Moi est un concept qui revient souvent en art-thérapie. Selon ce concept (Kris, 1952), l'activité créatrice (artistique ou non) résulterait de la relaxation des processus de pensée, d'un relâchement du contrôle conscient, permettant l'émergence du processus primaire ou du système inconscient. C'est, en effet, l'un des buts premiers de la technique en art-thérapie, qui correspondrait, selon nous, au concept psychanalytique de régression topique, traité au chapitre premier. Ce concept, selon Rosegrant (1987), s'est étendu par la suite à d'autres fonctions que créative ou esthétique: "The concept has been expanded to include wit, productive fantasy, problem solving, sleep, and dreaming, orgasm, ego-building identifications, motherliness, empathy, intimacy, love, the therapeutic process, hypnosis, and religious experience" (p.116).

Selon Bromberg (1979), permettre au Moi de régresser veut dire lui donner volontairement la chance de se trouver relativement déséquilibré et d'apporter un contenu plus cru ou inconscient. Comme nous l'avons vu précédemment, pour Diatkine (1957), cette régression au service du Moi est ressentie comme un processus normal et contribuerait à la santé mentale. Elle s'avère en effet un

phénomène partiel, adaptatif et caractéristique de l'individu normal: "La régression au service du Moi joue surtout un rôle sain avec des individus normaux" (Jonhson, 1979, p.52). Pour Rubin (1978), cette forme de régression apparaît symbolique, volontaire et contrôlée.

Plusieurs questions se posent alors ici: en fait, qu'advient-il de cette régression au service du Moi quand nous travaillons avec des individus psychotiques, déjà envahis par les processus primaires? Ici, Kris (1974) établit une différence entre les moments où le Moi contrôle les processus primaires et les met à son service, et la condition psychotique dans laquelle le Moi est envahi par ces processus primaires. Cette même différence a été faite ultérieurement, nous croyons, dans la distinction entre l'état régressé représentant ainsi la forme pathologique de la régression, et le mouvement régressif pouvant être utilisé à des fins curatives. Partant de cette position, il est tentant de dire que, chez les patients psychotiques, il n'y aurait pas de régression au service du Moi, mais plutôt une expression des phénomènes de régression ou de fixation psychiquement actifs. Mais cela rendrait-il la régression moins thérapeutique pour ces patients plus gravement atteints? La question est difficile:

It is difficult if not impossible to comprehend how all these unlimited variations of mental states, which often reflect themselves severe unmodifiable regressive ego states can be favorable for a simultaneous controlled regression in the service of the ego. (Weissman, 1967, p.40)

Il est tentant d'apporter ici un élément pouvant, non pas répondre à cette question, mais bien stimuler la discussion; en effet, en art-thérapie, il y a l'idée bien répandue que les thérapies de type expressif, par leurs outils de travail spécifiques, travaillent avec la partie saine de l'individu, si minime soit-elle et qui existe chez tous les individus, c'est-à-dire la créativité. Et, de plus, comme le dit Bromberg (1979), le rôle de contrôle de la régression en thérapie est assumé en

partie par le thérapeute dans une relation de confiance; ainsi, le patient peut se laisser aller à une certaine forme plus régressive d'expression, tout en se sentant supporté dans celle-ci.

De plus, d'après Weissman (1967), il n'y a rien qui prouve que, même si les pulsions dans l'activité créatrice s'expriment de façon incontrôlée par le Moi, il y aura présence d'une régression pathologique, d'où ici le problème de distinguer ce qui s'avère être une expression contrôlée d'une autre qui ne l'est pas... Encore une fois, cette question appelle l'ouverture d'une parenthèse et l'apport d'un semblant de réponse. En art-thérapie, nous encourageons l'expression des pulsions agressives ou sexuelles, même sous forme d'acting out, dans le processus de création, dans l'interaction à la matière; il y a donc un certain contrôle, une direction de la part du Moi sans pour autant qu'il y ait une grande censure sur le plan de l'expression; en effet, l'objet-thérapeute, dans ce processus, est préservé, jusqu'à une certaine limite, des pulsions agressives et sexuelles, ce qui s'avère de la plus haute importance pour l'estime de Soi du patient qui vit donc une activité réparatrice non-culpabilisante, au lieu d'une répétition des mêmes conditions pathologiques. En effet, pour Wilson (citée par Ulman et al., 1981), en art-thérapie:

Patients should be encouraged to express their passions in their art work rather than in their behavior toward us. When they do so, we are in a position to help them benefit from this expression and to learn to understand themselves better through it. (p.20)

Selon Shentoub (1966, cité par Barande, 1966), il faut bien savoir que la notion de régression au service du Moi s'avère, par définition, de nature plus formelle, selon la définition donnée au premier chapitre, et diffère de la notion de "retour en arrière", de régression temporelle. Par contre, selon cet auteur, ce soit-disant "retour en arrière" est toujours une tentative de marche en avant, étant donc au service du Moi: "Cet héritage que l'on porte en soi, ainsi sollicité dans le présent,

devient de par son actualité un nouvel objet recréé; au service du Moi et de la situation actuelle relationnelle" (p.412).

Pour Barron (1972) et McNiff (1981), la faculté de laisser aller le contrôle conscient, de s'amuser, peut aussi être vue comme n'étant pas une régression, mais bien une progression. Cette question fait d'ailleurs place à tout un débat; en effet, d'après les lectures faites, nous constatons que le concept de régression au service du Moi est controversé en psychanalyse...

Entre autres, pour Weissman (1967), l'acte créateur n'implique pas nécessairement la régression du Moi. En effet, selon cet auteur, la poussée créatrice venant des pulsions refoulées émergeant du Ça peut s'avérer contrôlée et dirigée au service du Moi, sans qu'il y ait régression du Moi pour autant:

The id derivatives may also enter consciousness repetitively under the guise of the return of the repressed. When it is controlled and put into the service of the ego. But none of this constitutes a regression either in its use of a creation or in its abuse for purpose of acting out. (p.41)

Weissman (1967) aurait plutôt tendance à parler de fonction dissociative du Moi, essentielle au processus créateur, plutôt que de régression au service du Moi, puisqu'il n'y a pas, selon lui, toujours présence d'un phénomène régressif; en fait, pour cet auteur, cette fonction dissociative s'avère un phénomène régressif quand elle est de nature perturbatrice et désorganisatrice, et dérive des stades anciens du développement du Moi.

Pour compliquer le sujet, Rosegrant (1987) met aussi en doute le fait que l'on qualifie systématiquement le processus primaire de régressif. Il semble, selon Noy (1969, cité par Rosegrant, 1987), qu'il y ait deux raisons pour lesquelles le processus primaire est dit régressif: "The repressed returns in infantile form, and

primary process expression always occurs in conjunction with regression in other aspects" (p.116).

Selon Noy (1969, cité par Rosegrant, 1987), l'apparence conjointe du processus primaire et de la régression développementale n'est pas présente dans l'art et dans les autres régressions non-cliniques; paradoxalement, selon cet auteur, la relation les unifiant se baserait sur "such as similarity to childhood thought, and dominance of the pleasure principle" (p.118). Pour cet auteur, il existe également une distinction entre le processus primaire, qui tend à se développer, et le contenu inconscient, qui, selon lui, demeurera pour toujours sous forme infantile. Par contre, selon Laplanche et Pontalis (1967), le processus primaire, du point de vue topique, caractérise le système inconscient et tend, dynamiquement parlant, "à reproduire, sur le mode hallucinatoire, les représentations auxquelles l'expérience de satisfaction originelle a conféré une valeur privilégiée" (p.342). Arthur Robbins (tiré de Rubin, 1987) semble d'accord avec cette opinion:

The id forces, which reflect primitive fantasies, wishes, etc., constantly try to make themselves felt and to find satisfaction. Derivatives of these forces are felt throughout life in such forms as dreams and fantasies and are stuff or primary process thinking. (p.68)

Pour Holt (1967), le processus primaire, qui semble avoir envahi le monde du psychotique, n'est pas aussi chaotique qu'on le pense; en fait, il posséderait une structure, mais bien différente de celle que l'on observe dans le processus secondaire. En effet, certains auteurs, dont John Perry et Ronald Laing, n'ont-ils pas toujours prétendu que la psychose n'était pas la perte de la réalité, mais l'expression d'une autre réalité?...

Pour Betensky (1977), le concept psychanalytique de régression au service du Moi ne sert à rien pour expliquer les éléments de base de la créativité, autant chez les artistes que chez les patients et ce pour les raisons suivantes:

Because it presents creativity in generally negative terms and specifically as a regressive phenomenon; and because it removes creativity from its authentic source within the nature of human beings and thereby fails to note the art experience as basically human. (p.173)

Il semble encore qu'ici le concept de régression soit exposé à la subjectivité de l'opinion personnelle et du jugement de valeur. La compréhension et la définition attachées à la notion de régression à laquelle on se réfère ne peuvent être écartées; on ne peut, en fait, parler de régression sans considérer ces trois aspects importants.

Évaluation de la régression en art-thérapie

Selon Lusebrink (1990), le niveau développemental ou régressif se reflète dans la production graphique. Pour Rubin (1978), dans le développement graphique de l'enfant, il y a des périodes de retour en arrière. Pour cette auteure, il s'avère essentiel, pour discriminer la régression des caractéristiques normales du développement graphique, de connaître les séquences de développement normales, en accord avec l'âge chronologique. Plusieurs modèles de développement graphique existent mais le plus courant de tous, celui de Victor Lowenfeld, adapté par Gerber (1980), est donné en appendice B. D'après Rubin (1978), il importe, pour être en mesure d'évaluer la régression, d'avoir un aperçu de la production passée et présente du même patient afin de pouvoir les comparer. Selon Levick (1983), il est aussi nécessaire d'avoir une production, de l'enfant ou de l'adulte,

qui se situe à un niveau de développement graphique "normal" selon l'âge chronologique pour pouvoir qualifier de régressif une autre production, ayant rapport à une phase de développement psychosexuel plus primitive; en effet, cette expression régressive, en l'absence d'expression graphique appropriée à l'âge, pourrait signifier un état fixe et non une régression. De là, il est très important de tenter d'évaluer le niveau de cette expression régressive, pour le mettre en rapport avec l'histoire connue du développement de l'enfant et ainsi tenter de déterminer les périodes possibles du trauma. En effet, Levick (1983) affirme que la production graphique va refléter la régression quand une production appropriée à l'âge au plan cognitif, psychosexuel et artistique figure à côté d'une production représentant des stades plus anciens. Selon Robbins (tiré de Rubin, 1987), l'évaluation du niveau développemental du patient est essentielle à la thérapie:

The art therapist's assessment of developmental level and his/her ability to experience, organize, and reflect back the inner state of the patient provide the environment for the patient to reclaim a lost experience and find new levels of self-definition and integration. (p.73)

Pour Dalley (1984), les individus régressent à cause de traumatismes et vont nous montrer, dans leurs dessins, à quels stades de leur développement ce trauma a eu lieu. Gerber et Lyons (1980) mettent en lumière l'apport considérable de l'approche développementale en art-thérapie, qui nous permet d'évaluer le niveau de régression ou le point de fixation, notamment chez le patient adulte régressé, dont l'imagerie s'apparentera à des niveaux de développement plus primitifs: "The mentally ill adult reflects in his or her artwork a regression to similar concerns indicating the unresolved conflicts of a developmental phase in which they have been fixated (p.105). De plus, selon elles, l'art-thérapie joue un rôle très important dans l'évaluation du conflit et du symbolisme associé aux points de fixation. Ces auteures ajoutent qu'avec cette évaluation, l'art-thérapeute devient "aware that the individual needs to master certain psychological issues of

this stage" (p.107) et "begin to understand the individual's residual concerns - a point of fixation where intrapsychic growth became stunted" (p.109). Cette évaluation permet donc de saisir les besoins du patient et de s'orienter vers une méthode thérapeutique.

Hárdi (1983) a développé une échelle de personnalité pour définir le niveau de régression (état) d'un patient en phase aiguë de schizophrénie. Il fait dessiner le patient durant cette période afin d'identifier les changements survenant à l'intérieur de la thérapie et d'effectuer aussi un "follow-up" par la suite. Par cette séquence, il est en mesure d'évaluer, par exemple lors d'une réadmission ou d'un suivi, dans quelle phase le patient se trouve, s'il est stable ou en phase très régressive ou aiguë. Même sur une longue période, il nous dit que les formes, surtout de nature plus primitive, vont très peu changer. Selon lui, par cette séquence de dessins, on peut évaluer la chronicité, les changements de la personnalité et la régression.

Selon Kramer (1983), la méthode d'évaluation des enfants qu'elle propose, c'est-à-dire l'exploration dans la première session d'art-thérapie des divers médiums artistiques, permet d'évaluer le Moi du patient: "On the whole, we have found that the art therapy evaluations are most effective in spotting areas of ego strength" (p.11). De plus, cette méthode permet, selon l'auteure, de percevoir les points faibles ou sensibles, les dangers spécifiques à ces points et les modes régressifs qui y sont associés.

Landgarten (1981) considère que l'observation, par exemple, d'une régression dans le dessin, c'est-à-dire un retour à un niveau d'expression graphique déjà acquis et dépassé, peut s'avérer un indice d'instabilité dans l'environnement présent de l'enfant, qui le rend insécure. Selon Lusebrink (1990), une image symbolisant des affects insupportables peut mener à une régression dans le comportement observable en art-thérapie, incluant l'expression visuelle.

Gerber (1980) voit beaucoup de similitudes entre les dessins d'enfants normaux et ceux de patients qu'elle qualifie de "régressés". Les étapes du développement normal de l'évolution graphique données par Gerber (1980), qui s'est inspirée de Victor Lowenfeld, définissant les principales normes caractéristiques à chacun des stades de développement graphique de l'enfant, sont exposées en appendice B.

Les régressions topique, formelle et temporelle en art-thérapie

Rubin (1978) est la seule art-thérapeute, à notre connaissance, qui a traité du concept de régression en art-thérapie en essayant de le mettre en parallèle avec la théorie psychanalytique. Selon elle, nous pouvons observer les phénomènes régressifs, surtout chez les enfants, de quatre façons particulières: dans la forme, dans le contenu, dans l'organisation et dans le processus de pensée de la réalisation.

Tel que mentionné au premier chapitre, la **régression topique**, c'est-à-dire l'intrusion de l'inconscient dans le conscient, se manifeste par la régression de la pensée en images et par la régression des processus secondaires vers les processus primaires, soit deux phénomènes très présents en art-thérapie. Rubins (1978) aborde le concept de régression topique en décrivant le phénomène de vertical, c'est-à-dire "regression downward from conscious, rational level to deeper ones" (p.47). Selon elle, cette forme de régression est exprimée "[...] in the disintegration of form, in fragmentation, or even chaos, a total absence of order" (p.47); la régression de la pensée, dominée par le processus primaire de l'inconscient, en fait aussi partie. Pour Kramer (1971), la régression temporaire est nécessaire à tout acte créateur et "particularly in terms of gaining acces to unconscious and preconscious process" (p.14). Gantt (1979) rappelle aussi l'habileté de l'art-thérapie à faire apparaître le matériel du processus primaire, à

apporter à la conscience le matériel demeuré inconscient ou préconscient. Selon Johnson (1986), l'inconscient se manifeste au conscient par le langage des symboles et par deux voies naturelles: par les rêves et par l'imagination. Rollo May (1964) admet l'élément régressif des symboles et des mythes, sans en oublier la valeur progressive; en effet, ceux-ci amènent des éléments nouveaux, insoupçonnés à la conscience, qui sont, selon lui, trop souvent omis dans la théorie freudienne:

Symbol and myth do bring into awareness the infantile, archaic, unconscious longings, dreads and similar psychic content....this is their regressive aspect. But they also bring out new meaning, new forms, disclose reality, which was literally not present before, a reality that is not merely subjective but has one pole which is outside ourselves... this is the progressive side of symbol and myth. (p.42)

La régression dans la forme (ou formelle), c'est-à-dire, selon Rubin (1978), "[...] the return to earlier modes of representation" (p.47), serait l'aspect de régression le plus courant et le plus facilement identifiable en art-thérapie; c'est ici, d'après nous, que l'on peut comparer les productions graphiques du patient en les mettant en rapport avec les normes développementales connues et ainsi évaluer la "déviation" à celles-ci, s'il y a lieu.

La régression dans le contenu (ou temporelle): "In content, one may see the representation of symbolic material relating to earlier phases of development" (Rubin, 1978, p.47). Cette forme de régression fait beaucoup plus appel à ce qui est exprimé au niveau symbolique; c'est le niveau de relation à l'objet qui y est traduit. En effet, selon Beres (1968, cité par Wilson, 1985), le symbole est, par définition, la représentation de l'objet en son absence et fait aussi allusion à l'aspect transitif de l'objet au symbole (objet transitionnel, selon Winnicott). Il s'agit, selon nous, d'évaluer le niveau de cette relation à l'objet grâce à l'apport de plusieurs modèles de développement en fonction de la dynamique rencontrée

ou des phénomènes observés; par exemple, les phases de séparation-individuation de Margaret Mahler, la théorie développementale de Mélanie Klein, qui considère l'influence de la pulsion agressive dès le tout jeune âge, et d'autres modèles.

Tel que mentionné au chapitre 1, selon Freud, il s'avère impossible de séparer ces trois formes de régression; en effet, la régression reporte l'individu dans le passé, par les voies de l'inconscient, dans le contenu relatif à celui-ci et fait apparaître des expressions propres à cette période primitive.

La régression thérapeutique en l'art-thérapie

Selon Dalley (1992), art-thérapeute, "some case studies in the literature clearly describe this process where regression takes place to the point at which re-integration can begin to take place" (p.111). Rubin (1987) est également d'avis que toute forme de croissance implique nécessairement un déchirement, un abandon des structures précédentes: "We forgot to that in any transitional growth phase, in order to restructure, previous structures must be in some way broken down" (p.25). Et, pour Dalley (1992), la régression en situation thérapeutique peut aider à ce changement en permettant au patient, cette fois-ci, d'avoir plus de contrôle sur la situation: "Regression is the returning to an earlier stage of development so that one can be in control of it; it is easier to master this earlier known role and situation" (p.111). Par exemple, selon cette auteure, un patient en art-thérapie peut connaître une période de peinture-barbouillage ou travailler avec des matériaux "where the old order that enabled them to contain the conflicting emotions will be broken down" (p.111). Nous pensons que, pour que le changement s'effectue, il est important de ne pas sauter les étapes dans la thérapie en imposant des contraintes ou structures sans savoir où se situe le développement de l'individu; en fait, l'âge chronologique de l'individu en thérapie

perd souvent de l'importance pour mettre l'accent sur l'âge réel du développement affectif du patient. Nous estimons que la méthode de l'art-thérapie fait place assez rapidement à ses niveaux réels de développement affectif. Bien-sûr, certains patients auront besoin de plus de structure, d'orientation dans la tâche à accomplir, par exemple, ceux souffrant de déficit organique ou certains patients adultes ne pouvant tolérer l'aspect régressif de l'art-thérapie.

Comme nous savons, un des buts de l'art-thérapie est de donner la possibilité au patient de vraiment se laisser aller, de s'exprimer ouvertement à travers l'art, ce qui s'avère non sans difficulté pour l'humain en général qui, selon Erhensweig (1967), possède une peur naturelle du chaos; il a donc toujours une tendance à vouloir contrôler ce qui arrive: "We are afraid, for ourselves and for those in our care, of the consequences of loss of selfs, of fusion, of dissociation, of disorganization, and of regression" (Rubin, 1978, p.25). Pour certaines personnes, il y a une impossibilité à se laisser aller, à relâcher le contrôle qui est, selon Dalley (1987), "attributed to an overwhelming fear of the fantasies attached to the id, which in turn prevents it from regressing to earlier and therefore more primitive stages of development" (p.123). Il y aurait donc chez ces patients une surenchère des processus secondaires, qui deviennent, selon Dalley, une "cage for the individual rather than an area of functioning that has great value when it is in collaboration with the unconscious" (p.125). Pour Rubin (1978), l'art-thérapie s'avère particulièrement efficace pour aider les patients tendus, inhibés à perdre un peu le contrôle et à redevenir enfants à travers "a regressive, playfull approach" (p.49). Pour elle, régresser quand c'est permis tout en se sentant en sécurité représente un apprentissage unique pour l'individu inhibé. L'art-thérapie, pour Lusebrink (1990), peut s'avérer une façon sécuritaire de laisser sortir la rage; alors, la régression à une forme plus primitive et crue d'expression peut s'avérer bénéfique car elle libère l'individu de ses tensions.

Une tendance inverse, c'est-à-dire une capacité à régresser très facilement, une attitude "messy" s'avère souvent difficile à supporter pour certains thérapeutes; les comportements incontrôlés, perturbateurs et désordonnés chez le patient amènent souvent des réactions contre-transférentielles difficiles; en fait, comme nous l'avons mentionné antérieurement, le thérapeute doit, sous forme introspective, se remettre en contact avec son propre chaos intérieur, comprendre d'où vient son intolérance pour pouvoir continuer ce genre de travail: "Indeed, it is my sincere belief that adult who has not yet made some kind of open-eyed peace with his own fantasy life is ill-equipped to help children deal with theirs" (Rubin, 1978, p.26).

Pour Kramer (1979), si le Moi est incapable de contrôler la pression venant du Ça, il peut y avoir une régression pathologique; et, pour elle, il semble clair que le "creative work entails this risk" (p.102); il importe, pour prévenir cet état, de maintenir un équilibre entre le support du Moi et le respect du besoin de l'enfant, d'avoir une expression non censurée. Nous retrouvons ici la crainte généralisée de faire régresser le patient, si souvent observée dans le discours des art-thérapeutes. En effet, pour Robbins (Ulman et al. 1981), les art-thérapeutes sont particulièrement exposés à la manifestation de matériel primaire dans leur travail et donc particulièrement vulnérables à la peur de perdre le contrôle:

By the very nature of their profession, art therapists, more than the other members of therapeutic team, are especially vulnerable to the primitive, nonverbal messages that constitute so large part of communication on the part of psychotic, borderline patients and those suffering from character disorders. (p.7)

Par contre, en art-thérapie, il serait erroné de croire que le processus créateur crée automatiquement une ouverture chaotique; en effet, pour McNiff (1981), le processus créateur demanderait, au contraire, un élément de contrôle de Soi, d'organisation perceptuelle travaillant de pair avec les émotions.

Selon Milner (1957), il importe de ne pas contrôler les actions du patient, mais bien de contrôler, comme nous l'avons vu avec Winnicott, les conditions dans lesquelles va s'effectuer la création, pour que le patient se sente en sécurité pour régresser: en fait, contrôler les facteurs temps et espace.

Myra Levick (1983) vante les mérites de l'art-thérapie pour travailler avec les patients plus régressés:

Art therapy has demonstrated its efficacy with a variety of populations and diagnoses. The most prevalent of these is schizophrenia, probably due to the fact that the schizophrenic patient, suffering an acute episode, is usually in a severe state of regression and seem compelled to express himself compulsively and continually through any art media. (p.93)

Lester (1980) rapporte les mérites de l'imagerie pour diminuer l'anxiété produite par le transfert: "[...] the visual may be seen as having an economic function of discharging impulses which the patient fears might disturb the wished-for relationship with the analyst" (p.411).

Pour Arthur Robbins (tiré de Ulman et al., 1981), la thérapie est le moment pour terminer le dialogue inachevé dans les relations de l'enfance ayant été associé à la perte, à la douleur et à l'amour: "Art therapist must create an environment where this serie of separations and the consequent renewal and regeneration of self can take place" (p.7).

Selon Felicity Weir (Dalley et al., 1987), le transfert, c'est-à-dire "la répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué" (Laplanche et Pontalis, 1967, p.492), à l'oeuvre d'art se manifesterait de la façon suivante:

We come to recognize how in the making of art the development of symbolic formation plays a crucial role in the individual's shift

of attention, from the original object, on to the ego, and by means of projection, on to a work of art. (p.21)

Et, par cette projection, nous découvrons, selon cette auteure, la place permanente que l'objet primaire occupe dans la vie présente de l'individu; les exemples de cas démontreront la présence de cet objet primaire.

Nous avons, au chapitre précédent, brièvement abordé le concept de régression symbolique, apporté par Fairweather et Johnson (1981). Il s'agit, selon nous, d'un concept essentiel, puisque l'énergie psychique fournie dans la création artistique amène un matériel symbolique difficilement accessible autrement, surtout chez l'adulte. Il faut d'abord comprendre que, d'après ces auteurs, la régression symbolique n'est pas un processus psychique conscient, mais peut travailler au niveau du rêve, du mythe, de la méditation, de l'imagination et joue donc un rôle considérable en art-thérapie:

It is the act of creating and investing symbols with psychic energy so that they mediate and express the full range of the relationship between self and Being. [...] Symbolic regression is the psychic function by which the self gives expression to the ground of its being in a unique and individualized way. (p.43)

Ces auteurs mettent l'accent psychothérapeutique sur la redécouverte de l'enfant en soi (the child self), existant chez tous les individus et qui se fait dans le plaisir, dans le jeu, par l'énergie spontanée; un des buts de l'art-thérapie est d'amener le patient à s'abandonner au plaisir de l'activité créatrice, à s'amuser, pour que le relâchement des fonctions de contrôle et de censure de la conscience permette au matériel inconscient d'émerger. Cette fonction régressive du plaisir est socialement mal acceptée chez l'adulte et plusieurs la mettent tout simplement de côté, avec les conséquences de perte de Soi inévitable; la création artistique nous

semble une activité adulte, socialement acceptée, par laquelle l'adulte peut régresser et avoir du plaisir, sans pour autant avoir l'impression de sortir des normes sociales.

La qualité régressive des médiums artistiques

Pour ce qui est des qualités régressives des différents médiums, Landgarten (1981) apporte un éclairage précieux sur ce point en affirmant ceci: "It is not the medium itself which elicits regression, but the associations which are sometimes made to it" (p.199). En effet, comme le fait remarquer Levick (1983), la régression peut autant s'exprimer dans un gribouillage avec des crayons qu'avec de la glaise. De même, pour Lusebrink (1990), les qualités du médium dépendent du style interactif de l'individu et de son niveau de développement. Par contre, selon elle, les médiums favorisant l'expression sensorielle et kinesthésique, c'est-à-dire la glaise, la peinture tactile, "may lead to regression to a pre-symbolic state, like the media that promote the affective component of symbols" (p.55-56). Selon Rubin (1978), des médiums qualifiés de régressifs, comme la glaise et la peinture tactile, possèdent aussi des qualités constructives: "A clay object can be smashed down and constructed many times, as images can be erased and reformulated by finger paint" (p.101).

Cependant, pour Landgarten (1981) et Brown (1975), la glaise, par ses propriétés, possède vraiment des qualités particulièrement régressives: "Wet clay is a regressive medium. It is important to use clay when the patient can safely regress. The clay tactile quality help to elicit free associations" (p.204).

Pour Oster et Gould (1987), la régression en art est souvent due à la sorte de médium qui est employée; pour eux, la régression se produira plus facilement avec la glaise et la peinture tactile.

Okubo et al. (1983) utilisent le jeu de sable, une approche de plus en plus connue en art-thérapie, qu'ils qualifient de thérapie régressive. Par leurs expériences, ces chercheurs ont observé deux sortes de réactions face à cette forme de thérapie régressive chez les patients: premièrement, ceux qui effectueront une régression graduelle, plus lente dans le processus thérapeutique et, deuxièmement, ceux dont la régression sera plus irréfléchie.

L'approche développementale en art-thérapie suggère l'utilisation de "pre-art materials" en thérapie, c'est-à-dire de l'eau, du sable, de la crème à barbe, des fèves, du riz, etc. pour travailler avec les patients dont le développement est très retardé, à un niveau de développement de la phase sensori-motrice (Aach-Felman et Kunkle-Miller, tiré de Rubin, 1987). Lusebrink (1990) a développé le ETC ("expressive therapies continuum"), un outil intéressant pouvant aider grandement dans l'évaluation du style d'interaction entre le patient et les dimensions variables des différents matériaux.

**ÉTUDES DE CAS EN
ART-THÉRAPIE**

Il est important de noter que chaque cas possède sa spécificité et donc ses propres phénomènes régressifs, qu'il revient à chaque art-thérapeute, selon son style personnel et les théories développementales utilisées, d'étudier et d'analyser.

Notre style personnel d'interprétation et d'intervention accorde une grande place à l'intuition, outil thérapeutique que notre formation en art-thérapie nous a appris à suivre. Par ailleurs, les interprétations présentées dans les études de cas suivantes prennent pour base la pensée et le travail thérapeutique de psychanalystes. Ces études sont l'aboutissement d'une longue réflexion sur l'imagerie et, surtout, le processus de création, qui nous apporte beaucoup d'indices sur le fonctionnement psychique des patients. Ces indices seront mis en rapport avec ce que nous pouvons observer dans la relation d'objet (transfert) et permettront d'effectuer une tentative de retracer, dans le développement du patient, les phases traumatiques probables dans la relation à l'objet primaire.

Dans les deux cas présentés, il est à noter que le niveau de verbalisation des patients est peu élevé. Dans le premier cas, de graves problèmes de langage affligent le jeune Joël. Dans le second, Linda s'exprime très peu par le langage verbal ou seulement par de courtes phrases; de plus, son niveau d'insight est très faible. Nous travaillons donc, dans les deux cas, presque strictement sur la sphère non-verbale, ce qui est intéressant par rapport au sujet de cette thèse.

NOTRE DÉMARCHE THÉRAPEUTIQUE

Avant de commencer à aborder les deux études de cas et l'analyse plus approfondie du processus thérapeutique spécifique à l'apport des médiums artistiques, il nous importe ici de décrire brièvement notre façon personnelle de travailler avec ces patients, notre philosophie de traitement et comment elle a évolué au cours du processus d'apprentissage de la jeune thérapeute que nous

sommes. Chronologiquement, Linda, la jeune adulte dont il est question dans la deuxième étude de cas, fut notre première patiente lors de notre première année de formation en art-thérapie. Le suivi de Joël s'est, quant à lui, déroulé lors de notre deuxième année.

Il est donc important de souligner que le travail avec Linda était de nature très expérientielle puisque nous n'avions alors pas la moindre idée de ce qu'était le travail de l'art-thérapeute. La méthode d'essais et erreurs s'est avérée notre première technique thérapeutique et nous avons beaucoup appris de nos erreurs. Nous avons appris à nous connaître, à comprendre nos réactions face au patient et vice versa, et surtout à faire confiance de plus en plus en notre intuition. Comme nous verrons, notre première tentative avec Linda se voulait beaucoup plus contrôlante puisque nous avions l'impression qu'elle résistait au changement, qu'elle nous opposait une sorte d'agressivité passive en répétant et répétant la même image, session après session. En tant que nouvelle thérapeute, la patience requise au processus de changement de la patiente était oubliée dans le but d'intervenir et ainsi favoriser une évolution rapide chez la cliente. Nous n'avions pas encore compris le processus de l'art-thérapie qui s'effectuait dans son cas et que nous élaborerons plus en profondeur dans son étude de cas.

Pour ce qui est de Joël, il faisait partie des premiers enfants qui nous furent confiés à titre de stagiaire en art-thérapie au département de graves troubles de développement d'un hôpital psychiatrique, lors de notre deuxième année de stage. Notre confiance en la méthode de l'art-thérapie axée sur la spontanéité s'était alors renforcée et nous avons acquis une plus grande confiance en nous et laissions agir plus librement le processus créateur. Nous fûmes tout de suite surprise par le mode d'expression différent des enfants, que nous trouvions beaucoup plus actifs et près du monde symbolique que les adultes, le langage devenant de plus en plus de niveau non-verbal. Nous pourrions qualifier notre démarche thérapeutique de non-directive-intuitive-suggestive, c'est-à-dire que nous

laissions agir le patient, travaillions avec le matériel qu'il choisissait spontanément (forme et contenu), mais quelquefois nous intervenions en apportant des matériaux qui favorisaient, selon notre intuition du moment ou après une démarche plus réfléchie, l'expression symbolique de la dynamique particulière du patient. Par exemple, ces matériaux pouvaient aider, dans le cas de Joël, à symboliser la difficulté de séparation: la corde (couper, renouer), le ruban gommé (permettant de remettre ensemble deux pièces séparées, tout en conservant une trace visible de la coupure auparavant effectuée), la brocheuse (méthode rapide et solide de réunir ce qu'on a de la difficulté à voir séparé), etc. La possibilité réparatrice des matériaux en art-thérapie nous semble contenue dans le pouvoir symbolique de ceux-ci. Il nous importe de toujours laisser à la disponibilité du patient les matériaux dont nous disposons pour que le psychisme du patient cherche à se traduire par le processus créateur et y trouve la stimulation nécessaire à son expression.

Le plaisir dans la relation, le fait d'être bien avec le patient, de sentir un intérêt, un besoin pour la thérapie ont été dans les deux cas d'une aide à ne pas négliger. Étant donné notre propre fascination pour la découverte de Soi à travers les arts plastiques, notre but est d'essayer de la communiquer au patient et de toujours favoriser en première instance le plaisir de créer, de se laisser aller, ce qui nous permet d'éliminer les tensions, d'être à l'aise avec le client et ce, toujours par l'entremise de la création. Nous pouvons parfois suggérer des directions que nous croyons bonnes à suivre par rapport à ce que nous avons pu observer jusque-là chez le patient, ou tout simplement attendre avec le patient et lui refléter la difficulté à trouver ce que l'on cherche, etc. Pour nous, le patient face à la création se retrouve face à ses propres limites et à lui-même; nous essayons, avec lui, de découvrir des solutions et des avenues peut-être pas explorées jusque-là, mais qui ouvrent des portes parfois bloquées par des traumas, des inhibitions.

Il est ici très important de noter que la découverte du potentiel thérapeutique des phénomènes régressifs s'est réalisée après le travail avec ces patients, c'est-à-dire durant l'analyse de ces deux cas. Notre objectif thérapeutique conscient n'a jamais été de mener le patient vers des modes d'expression régressifs; nous croyons plutôt que notre façon d'interagir de façon libre, d'ouvrir les portes à l'expression, de favoriser le plaisir à créer et à être ensemble dans une relation chaleureuse a favorisé l'expression de tout le matériel psychique que vous pourrez découvrir chez ces deux patients.

Nous visons à être pour le patient un auxiliaire du Moi, une aide dans la création de Soi, que le patient effectue dans son interaction avec le médium. Nous ne sommes ni passive, ni active dans nos interventions, mais bel et bien un mélange des deux, dépendamment du besoin spécifique du patient, qu'il nous soulignera parfois clairement. Par exemple, suite à une interprétation verbale de notre part un peu trop directe et ayant rapport à un contenu douloureux, Joël nous a dit de ne pas parler, de demeurer silencieuse. Nous pouvons donc aider directement à faire quelque chose manuellement ou tout simplement regarder en communiquant notre intérêt, notre fascination pour ce qui se passe quand nous entrons en contact avec les médiums artistiques. Il est ici à noter que notre but n'est pas de créer un attachement ou une dépendance du patient à notre égard, mais bien de lui faire vivre une expérience de découverte de Soi, de l'aider à s'explorer et à découvrir son potentiel, l'aider à combler le vide à travers la création.

PREMIÈRE ÉTUDE DE CAS

JOËL

**LE RETOUR À UNE PÉRIODE DE
RENFOUEMENT NARCISSIQUE**

HISTOIRE DU PATIENT

Identification du patient et du problème

Joël (pseudonyme) est un garçon de 7 ans demeurant à la maison familiale. Très timide et fortement inhibé, il ne parle presque pas et éprouve une grande difficulté de langage, surtout au niveau de la prononciation. Le diagnostic principal a trait à un trouble affectif à forme de timidité, avec un problème du développement du langage et de la motricité, et un retard mental léger à moyen. En résumé, Joël accuse un retard développemental généralisé: langage, entraînement à la propreté, socialisation et apprentissage.

Histoire du développement

Joël est né à terme, pesant 8 livres. L'accouchement se serait déroulé normalement avec un ralentissement au moment de la délivrance. Il a été nourri au lait homogénéisé 3,25% dès le troisième jour de sa vie. Il a eu deux épisodes d'otites, mais n'a jamais été hospitalisé.

L'entraînement à la propreté pendant la nuit ne fut complété qu'à l'âge de 5 ans. Il aurait même profité de celui de son frère cadet qui aurait été propre avant lui. Joël aurait eu une courte période d'encoprésie au début de sa première année scolaire suite, semble-t-il, à des changements d'horaire de travail du père, qui s'occupait habituellement du coucher, et aussi à la présence d'un nouveau chauffeur d'autobus, lieu où se produisait l'"échappée".

Au niveau du langage verbal. Joël a prononcé son premier mot, "papa", vers l'âge de un an, mais le deuxième n'est apparu que 14 mois plus tard. Présentement, il dit une dizaine de mots isolés mais peu de phrases complètes, à moins qu'il en éprouve vraiment le besoin. En effet, Joël semble manifester parfois plus de capacité qu'il ne le démontre, malgré un énorme problème de prononciation et bien qu'il paraisse limité dans sa compréhension du langage. Sa façon de parler ressemble à un "jargon" difficilement accessible. Il s'exprime de manière plutôt infantile: par exemple, quand on lui montre la photo d'un animal, il dit "wouf!". Apparemment, ce genre de langage s'accroît en présence de la mère. Il s'extérioriserait verbalement beaucoup plus à la maison qu'à l'école, quoique de plus en plus depuis un mois. L'évaluation psychologique classe Joël à un niveau verbal d'un enfant de 3 ans.

La socialisation ne semblait pas être l'atout principal de Joël à sa première expérience hors de la maison, c'est-à-dire à l'école maternelle régulière. Il y était décrit comme: peu sociable avec ses pairs, ne parlant pas, ne participant pas aux activités, peu autonome, timide, ne souriant presque jamais et ayant un comportement généralement inhibé. Face à des étrangers, Joël baissait souvent la tête, allant jusqu'à se tourner le dos quand on s'adressait à lui. Il n'aurait apparemment pas eu de tendance normale à l'imitation, ne recherchant pas particulièrement le contact avec les adultes non plus. Son professeur actuel nous dit qu'au début de sa scolarité (l'an dernier), il se tenait toujours la tête basse, le menton collé au sternum, souffrant même de douleur à cet endroit, ayant de la difficulté à respirer; il était extrêmement tendu, se tenant les épaules près des oreilles et les bras presque à l'horizontale. Il est maintenant plus détendu et s'est beaucoup amélioré au niveau de la socialisation avec les autres enfants, adoptant même récemment un comportement de "leader" en groupe, encourageant les autres enfants et s'occupant d'eux. Il est bien adapté au fonctionnement du milieu hospitalier.

Au niveau du développement moteur, Joël se serait tenu assis à 9 mois, debout avec aide vers 17 mois, mais n'aurait marché qu'à l'âge de 2 ans et 1/2. Joël présente actuellement un retard de motricité fine, ayant récemment rattrapé son retard en motricité globale; en effet, il était incapable l'an dernier de jouer au ballon et d'aller en tricycle. Maintenant, il peut faire toutes ces activités avec le plus grand plaisir, ayant le goût de bouger et de sortir.

Histoire familiale

Joël est le deuxième d'une fratrie de 3 garçons. Son frère aîné de onze ans présente un syndrome dysphasique et fréquente une école spécialisée pour troubles d'audi-mutité; il est aussi décrit comme extrêmement timide, allant jusqu'à ne pas répondre quand on s'adresse à lui. Le cadet est âgé de 6 ans et parle presque de façon normale à la maison, mais la mère aurait dû se rendre à l'école puisque ce dernier refusait de s'adresser à son professeur depuis la rentrée scolaire (donc depuis deux mois). Joël appelle encore son frère cadet le "bébé".

Âgé de 35 ans, le père de Joël est chauffeur de taxi. Il possède une scolarité de 8e année. Il n'aurait parlé qu'à l'âge de 5 ans, accablé d'énormes problèmes d'apprentissage. La travailleuse sociale nous dit que, lors de la rencontre avec les parents, le père parlait beaucoup et de façon claire. Il serait très impliqué dans l'éducation des enfants. Joël prononcerait le mot "papa" quand il se sent insécure.

La mère est âgée de 31 ans. S'occupant de la famille à plein temps, elle n'a jamais travaillé à l'extérieur. Elle est décrite comme une personne extrêmement timide ne parlant presque pas en présence d'étrangers. Elle aurait aussi connu des difficultés d'apprentissage à l'école. Elle viendrait apparemment d'une famille où ses frères et soeurs seraient de niveau socio-économique plus élevé qu'elle.

Le milieu familial est financièrement défavorisé mais la travailleuse sociale assure que les enfants y sont très bien traités: bien nourris et convenablement vêtus. Par contre, les parents sont perçus comme surprotecteurs et peu stimulants avec leurs enfants. Apparemment, ces enfants ne vont jamais jouer dehors. La psychologue ayant rencontré toute la famille décrit cette rencontre comme "étrange" puisque seuls les parents parlaient, les enfants demeurant sagement assis et muets. Elle pense que les parents inhibent les enfants, la dynamique familiale semblant défavorable à l'épanouissement des fonctions du Moi. Les situations où les membres de l'équipe soignante étaient en compagnie de la famille auraient permis de constater le fait que Joël est toujours "collé" sur sa mère et qu'il adopte un comportement spécialement immature en sa présence; par exemple, en jouant avec ses frères, il va toujours la voir pour lui montrer un objet trouvé, cherchant son approbation. Joël semble, selon la travailleuse sociale, le centre d'attraction de la famille, étant très actif à la maison et aimant surtout s'amuser avec son jeune frère et le chien. Il semble bien chez lui, la maison familiale étant qualifiée de "cocon" par la travailleuse sociale.

Histoire de la maladie

À l'âge de 5 ans, à cause de son grave problème de langage et de son inhabileté à s'adapter à la classe régulière, Joël fut référé par l'école pour une évaluation dans un grand hôpital. Il fréquente présentement, et ce depuis 2 ans, le service de jour d'un hôpital psychiatrique, à l'aile de troubles graves du développement. Sa semaine de classe régulière est entrecoupée de services divers comme: l'ergothérapie, l'orthophonie, la thérapie par le jeu (depuis 2 ans) et l'art-thérapie (depuis 2 ans aussi). Il fut suivi un an par une autre stagiaire en art-thérapie et

semble avoir bénéficié de cette approche; c'est pour cette raison que Joël nous fut référé pour une période de 8 mois à raison de 2 fois la semaine, dans le cadre des stages de maîtrise en art-thérapie.

Nous allons tenter ici de montrer notre démarche personnelle d'analyse et d'interprétation du processus thérapeutique, par l'analyse du processus de création, du contenu et des formes dans les oeuvres d'art, et du comportement de Joël. Nous mettrons en rapport ces observations et les interprétations qui en découlent avec les données de l'anamnèse et avec l'apport, au niveau des stades de développement de l'enfant, de grandes psychanalystes comme Margaret Mahler et Mélanie Klein. Par cette analyse, nous verrons principalement comment nous en sommes parvenue à définir dans le développement de Joël les niveaux probables d'où émanent les problèmes dont il souffre.

En deuxième lieu, nous mettrons l'accent sur la deuxième phase de la thérapie, dans laquelle Joël, par sa priorisation du jeu dans les sessions et son comportement infantile, a effectué un virage positif, ne retenant plus la tension, se laissant plus aller, ceci amenant une régression saine et des changements d'attitude importants et généralisés.

Fait suite à cette partie la fin de la thérapie, où les préoccupations de Joël s'avèrent plus appropriées à son âge de développement et où la capacité pour une séparation réussie s'est manifestée.

ANALYSE DU PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE

PREMIÈRE PARTIE: EXPRESSION ET ÉVALUATION DES MÉCANISMES PSYCHIQUES À L'OEUVRE CHEZ JOËL

À la première session et pour les besoins d'une évaluation plus approfondie suivant l'exemple de l'approche de Kramer (1983), Joël fut encouragé à explorer divers médiums: "The aim being to gain as much information as possible within the single session" (p.3). Dès le premier dessin de Joël à la figure 1, une indication sur le niveau d'expression de type pré-représentationnel nous est apportée, illustrée par la spirale-gribouillage d'un niveau développemental graphique plutôt primitif.

Décarie (cité par Levick, 1983) considère que la "[...] regression will occur when the symbiotic pressures are too great, and the representational capacity will be blunted" (p. 139). Selon nous, à la figure 2, cette "pression symbiotique" semble se faire ressentir. Nous nous permettons d'interpréter cette image comme pouvant représenter l'expression de la peur de Joël d'être "aspiré" dans une relation symbiotique dévorante; il a peut-être peur de la situation dyadique que nous lui proposons. À ce sujet, Mahler (1968/73) nous dit que:

De façon plus explicite, nous croyons que la désorganisation symbiotique porte en puissance une panique organismique additionnelle, l'angoisse de la désintégration, de la perte totale du sens de l'entité et de l'identité, c'est-à-dire du ré-engloutissement par l'objet symbiotique. Pour conceptualiser l'angoisse de ré-engloutissement, nous parlons de la terreur de la dissolution du "self" (perte des frontières) en une unité duelle, sur laquelle l'enfant ne peut exercer un contrôle magique. (p. 83)

Joël a par la suite tenté de faire disparaître cette dyade menaçante en la salissant, la barbouillant vivement; mais ce geste semble à son tour provoquer de



Figure 1

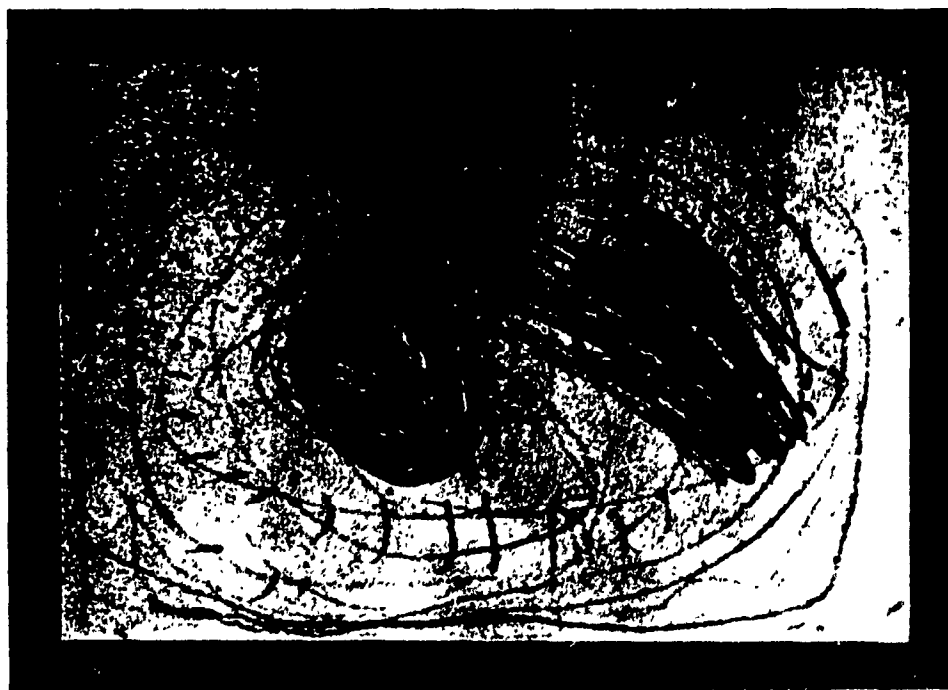


Figure 2

l'angoisse, appelant une tentative de contrôle de sa part, ce qui l'amènera à tourner la page et à y exécuter un dessin de forme beaucoup plus contrôlée, contenant des parties de son corps comme la main, c'est-à-dire des parties non-désintégrées (figure 3) de lui-même.

Nous avons pu, pendant la réalisation de ces créations, observer un comportement "provocateur" de la part de Joël, qui dépassait du cadre de la feuille avec les crayons sur la table et ce tout en nous regardant. Nous lui avons alors suggéré de dessiner sur le papier puisque ce qui était dessiné sur la table ne pouvait être conservé, tentant ainsi de l'inciter à respecter les lieux physiques et lui montrant que nous ne voulions rien perdre de ce qu'il faisait. Ce comportement de Joël suggère, selon Levick (1983), une "further regression and fragile ego boundaries" (p.139). En effet, Joël retrace plusieurs fois, par acte complémentaire, nous croyons, les "incertaines limites de son Moi" (les contours de la forme ovale à la figure 2). Simultanément, il tente de provoquer chez nous une réaction de désaccord, que nous interprétons de sa part comme un test où il essaie de savoir si la nouvelle personne en face de lui est apte à l'aider à contenir le "débordement" qu'il semble éprouver (il est en effet très tendu). Nous croyons qu'il nous demande indirectement s'il peut, en toute sécurité, se laisser aller à la pression "régressive" qu'il ressent... Mais de quel débordement s'agit-il au juste? L'image de la figure 2 nous donne peut-être aussi une indication à ce sujet. En effet, si ces formes ovales représentent "les frontières du Moi" de Joël, comme nous l'avons postulé jusqu'ici, les petites lignes transversales coupant cette forme contour, étant dirigées de l'intérieur vers l'extérieur, pourraient, selon nous, être perçues comme: "L'éjection, par projection, au-delà des frontières du corps propre, de l'énergie agressive destructrice non-neutralisée" (Mahler 1968/73, p.22). Effectivement, on sent beaucoup de rétention, de retenue de la part de Joël, et ce, dans sa posture, ses gestes, ses expressions faciales crispées. Cette même configuration est reprise lors de sessions ultérieures (entre autres, à la



Figure 3



Figure 4

figures 4), mais il est à noter que cette fois-ci, elle se retrouve séparée d'un autre objet (ligne centrale). Cette ligne de séparation entre deux objets se retrouvera très souvent dans les créations de Joël, surtout à partir du milieu de la thérapie.

Ces pulsions agressives, dont nous présentons la présence latente chez Joël, se manifesteront plus ouvertement à travers la manipulation de la plasticine à la fin de la première session (figure 5). Cette création a en effet clairement subi le "sadisme" de Joël, lorsqu'il transperçait la forme de plasticine avec un crayon de façon agressive en disant: "Aille! Outch, ça fait mal!". Ce rituel a tout de suite apporté une touche de mystère à la thérapie et nous étions vraiment intriguée par l'expression étrange que Joël revêtait à ce moment-là; ce cas nous a tout de suite fascinée. Après réflexion sur la signification mystérieuse de ce jeu, nous pensons avoir compris que, par ses gestes et ses paroles sadiques envers cet objet, que nous nous sommes permis d'appeler "l'objet foetus-phallus-caca" (de forme similaire à la figure 6), Joël s'attaque au corps de la mère et à ses contenus (Klein, 1921-45/84). Cet état psychique remonte, selon Klein, à une phase très primitive du développement du petit enfant, où le sadisme agit sur toutes les sources de plaisir libidinal. Nous croyons retrouver, dans plusieurs créations de Joël, la présence de la représentation symbolique fantasmatique de ces "contenus intérieurs" (aux figures 6, 7, 8, et 9). En effet, selon Klein (1921-45/84), ces contenus corporels représentent une arme contre la mère et donc amènent la crainte de détruire aussi le bon objet:

[...] pendant cette période, le but principal du sujet est de s'approprier les contenus du corps de la mère, et de détruire celle-ci avec toutes les armes dont le sadisme dispose: les fèces, l'urine et le pénis représentaient des objets dont il se servait pour attaquer le corps maternel et qui étaient donc, pour lui aussi, une source de danger. (p.271)



Figure 5

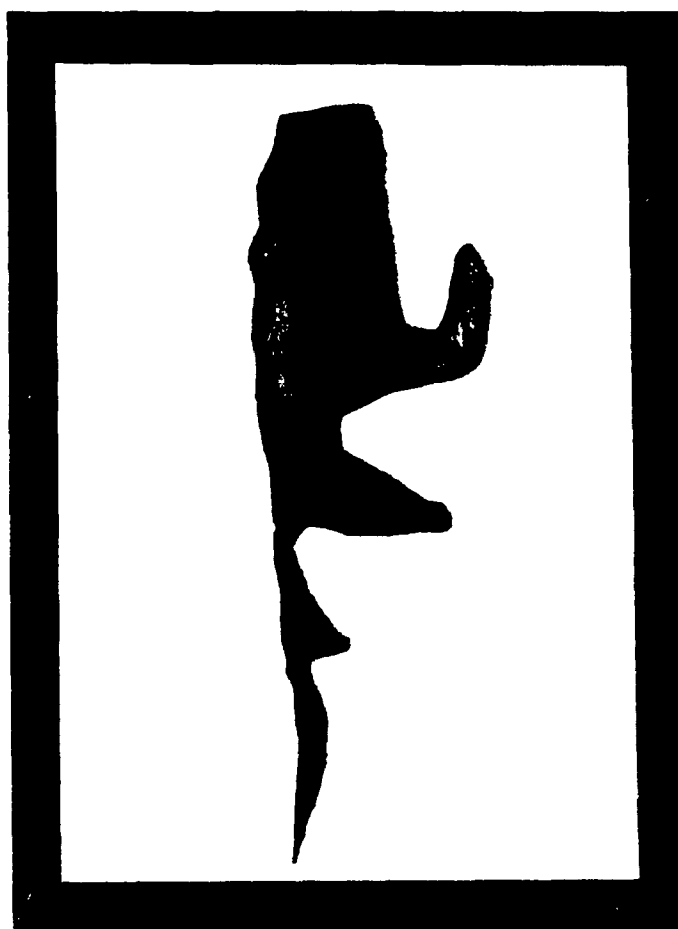


Figure 6



Figure 7



Figure 8



Figure 9



Figure 10

Donc, dès la première session, nous voyons que des modes relationnels très primitifs sont en action et tendent à se manifester. Nous devons donc nous préparer à travailler à un niveau pré-oedipien, très primitif, avec un Moi plutôt faible; avec un enfant dont le besoin et la capacité de régression, de même que l'attraction régressive se font déjà fortement sentir. Joël nous donne aussi des indications sur la peur qu'il ressent face à ses fortes pulsions destructrices et tente de savoir si la thérapeute est apte à recevoir l'expression d'un matériel inconscient qui, comme nous le verrons, échappe à son contrôle et provoque de l'anxiété; il semble avoir peur du débordement de son agressivité, de l'effet destructeur de celle-ci. La pression symbiotique, la peur d'être englouti dans la relation semble être présente. En effet, l'ambivalence entre le désir de se rapprocher de nous et la peur que cela entraîne se fait sentir par le mouvement de va-et-vient qu'il exécute vers nous avec sa figurine en plasticine.

Cette première session se veut donc un peu plus orientée pour que Joël puisse utiliser les trois matières de base, c'est-à-dire le dessin, la peinture et le modelage. Par la suite, il aura accès à tout ce qui se trouve dans l'armoire contenant le matériel artistique. Par contre, la corde, la brocheuse, le ruban gommé et les ciseaux seront toujours disposés sur la table.

Le sadisme-anal exprimé et l'association excrément-arme que nous faisons dans le cas présent peuvent se vérifier aussi par l'utilisation massive par Joël de la peinture brune, qu'il prit même la peine de sentir à la deuxième session. Notons la satisfaction retirée de l'utilisation de cette couleur pour mettre en pièce la forme de "bébé" (à la figure 10). Il utilise en fait massivement le brun dans ses créations (dans les figures 10, 11, 12, 13, 14 et à la figure 26), parfois en le cachant (en figure 11, sous le vert), souvent comme papier de fond (figures 12 et 13) et en rapport avec le rouge (aux figures 10 et 14). Il est ici intéressant de noter que, selon Hammer (1957), l'utilisation du noir et du brun "are more common to state of inhibition, repression, and possibly regression" (p.233). Cette



Figure 11

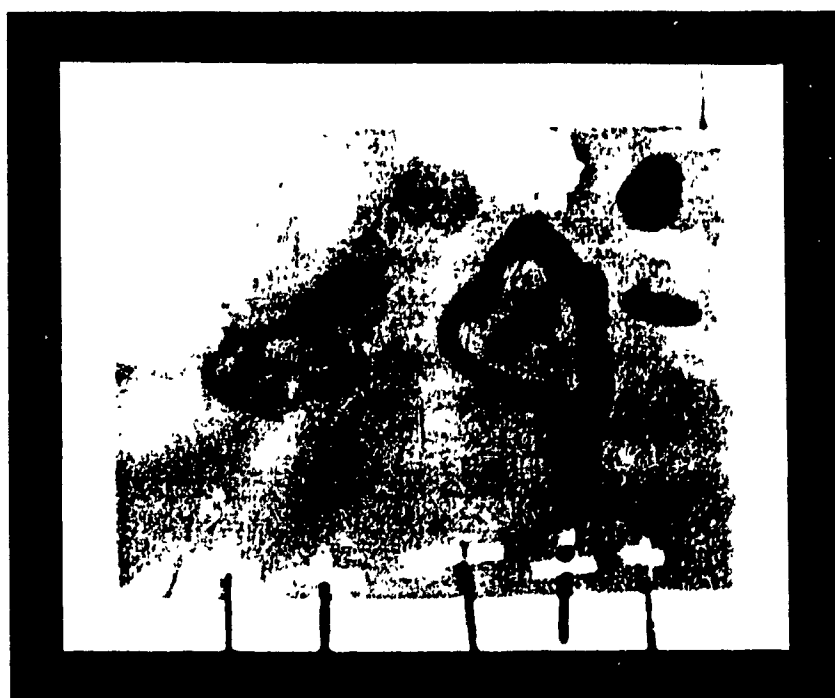


Figure 12



Figure 13



Figure 14

association excrément-arme peut aussi se vérifier par le dégoût exprimé clairement sur son visage et la levée simultanée des mains dans les airs en réaction au toucher de la glaise, à la quatrième session. En effet, si, comme le dit si bien Landgarten (1981), "the clay tactile quality helps to elicit free association" (p.204), nous pouvons dire que Joël a mis les deux mains dans ce qu'il considère comme une arme dangereuse et destructrice: "Le sadisme devient une source de danger parce qu'il permet une libération de l'angoisse, mais aussi parce que le sujet se sent attaqué lui-même par les armes dont il s'est servi pour détruire l'objet" (p.264). Il tentera donc par la suite, dans la même session, de contrecarrer cette tendance sadique le plus possible, d'où le besoin immédiat de revenir à sa première création, qu'il avait abandonnée à cause de sa curiosité face à la glaise, pour y découper la forme centrale (figures 6 et 7). Selon nous, il tentera en découpant cette forme de protéger l'objet contre ses tendances destructrices, en l'éloignant du "champ de bataille" (points noirs à la figure 7); ces points furent identifiés comme étant la représentation du "bébé", appellation qu'il donne encore à son jeune frère de 6 ans.

Chez Joël, le conflit entre l'amour et la haine semble omniprésent. C'est manifestement l'apparition de cette ambivalence envers l'objet qui le força, d'après nous, à renoncer, sous forme d'inhibition, au développement des fonctions du Moi, afin d'éviter un conflit avec le Ça. À ce sujet, Freud (1926/1951) écrit que "bien des inhibitions sont manifestement des renoncements à une fonction motivée par le fait que son exercice provoquerait un développement de l'angoisse" (p.2). Nous voyons ici que Joël tente de retenir son agressivité, sa manifestation provoquant l'angoisse de séparation d'avec l'objet d'investissement libidinal. Selon Laplanche et Pontalis (1967), l'ambivalence "caractérise certains stades de l'évolution libidinale où coexistent amour et destruction de l'objet (stade sadique-oral et sadique anal)" p.20. Segal (1969) nous dit que l'ambivalence prend racine à la position dépressive quand:

[...] le nourrisson se rend de plus en plus clairement compte que c'est la même personne - lui-même - qui aime et déteste une même personne, sa mère. [...] Dans la position dépressive, les angoisses surgissent de l'ambivalence: le nourrisson a surtout peur que ses propres pulsions destructives n'anéantissent l'objet qu'il aime et dont il dépend entièrement. (p.83-84)

Nous savons qu'à cette période, l'enfant a particulièrement besoin de savoir qu'il ne détruit pas l'objet par ses pulsions destructrices, qu'il demeure inchangé, constant et aimant. La thérapie doit aussi être une confirmation de ce fait pour l'enfant.

Joël manifeste ce sentiment d'ambiguïté envers l'objet maternel, entre autres en utilisant abondamment le mécanisme d'annulation. En effet, nous pouvons certainement dire que, dans le cas de Joël, la création artistique spontanée favorise beaucoup la manifestation du refoulé, de comportements que sa tendance à l'individuation désire, mais que sa crainte du rejet et de la séparation rejette. Ceci l'amène, pour contrer son anxiété, à annuler ce qu'il fait (tout ce qui a à voir avec un geste de séparation ou pouvant provoquer la séparation), comme en cachant les broches sous du ruban gommé (figure 7) ou en recouvrant une partie du dessin (figure 11), et ce, dans le but de faire en sorte, soit par des gestes ou par des paroles, que des actes commis ne soient pas advenus, comme dans le processus de création des oeuvres aux figures 2, 7, 10, et 11. Par exemple, dans la création de l'oeuvre de la figure 10, quand il découpait à travers une tache brune, il disait, tout en effectuant son geste: "Onn! brisé..." Levick (1983), citant Horowitz (1970), nous dit à ce sujet que:

His work, which investigated the underlying cognitive dynamics of unbidden images, reveals that subjectively unbidden images result from interactions between impulsive and defensive motives and reflect a "failure in repression". In terms of defenses, he concludes that repression is unsuccessful where unbidden images persist. (p.136)

Laplanche et Pontalis (1967) soulignent que "l'ambivalence peut surtout être mise en évidence dans certaines affections (psychose, névrose obsessionnelle) et dans certains états (jalousie, deuil)" p.20. Nous croyons effectivement que nous avons affaire ici à un cas de jalousie aiguë. Selon Segal (1969): "La jalousie se fonde sur l'amour, et elle tend à la recherche de la possession de l'objet aimé et à l'élimination du rival" p.48 (les points aux figures 7 et 10), mais Klein (1921-45/84) ajoute à cette explication que:

La jalousie se fonde sur l'envie mais, alors que l'envie implique une relation du sujet à une seule personne et remonte à la toute première relation exclusive avec la mère, la jalousie comporte une relation avec deux personnes au moins et concerne principalement l'amour que le sujet sent comme lui étant dû, amour qui lui a été ravi - ou pourrait l'être - par un rival. (p.18)

Cette haine intense à l'endroit du rival "bébé" est, d'après nous, si forte qu'elle s'avère, par auto-préservation, remplacée par l'astucieux mécanisme de formation réactionnelle, par une attention et une préoccupation à l'endroit du "bébé", puisque Joël aime beaucoup s'amuser avec son petit frère et s'en occuper à la maison. On voit, de par l'appellation "bébé", la persistance de cette jalousie, et le point de fixation de Joël, alors qu'il avait 9 mois, durant la période où les fonctions du Moi tendent à se développer. Dans la partie intermédiaire de la thérapie, Joël produira 2 collages qui, selon nous, s'avèrent très significatifs sur cet état de jalousie; en figure 15, une femme est de face avec la photo d'un seul bébé collé dessus, alors qu'en figure 16, une femme de dos a, quant à elle, deux bébés. Ici, nous pouvons clairement dire qu'une image vaut mille mots... Joël semble avoir eu le sentiment, d'après cette photo, d'avoir perdu l'amour de sa mère lors de l'arrivée du "bébé" et il en ressent beaucoup de colère. Cette jalousie à l'arrivée du bébé nous semble être à l'origine des graves problèmes d'apprentissage que connaît présentement Joël:



Figure 15

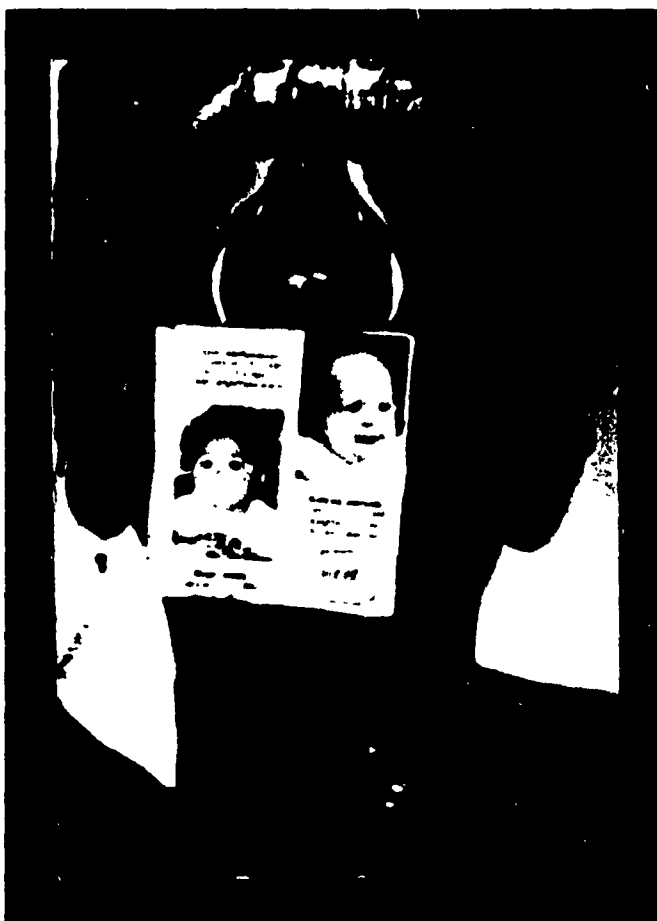


Figure 16

[...] toutes ces perturbations qui, selon moi, sont étroitement liées aux défenses contre l'angoisse et à la culpabilité, et qui sont déclenchées par la haine et par l'envie, se manifestent sous forme d'inhibition à apprendre, et retentissent sur le développement intellectuel" (Segal, 1969, p.73).

Cette jalousie s'est aussi manifestée envers un autre patient que nous suivions en thérapie et qui était dans la même classe que lui. En effet, quand nous sommes revenue reconduire cet autre garçon, Joël lui a demandé où il était, mais avec une prononciation très claire...

Cette lutte contre la séparation d'avec la mère s'exprime aussi, nous croyons, par le déni. Dès la première session, après avoir fait subir son sadisme à l'objet de la figure 5, Joël tente de diminuer la distance qui les sépare en allongeant le cordon de plasticine (le liant inconsciemment à sa mère), mais ce cordon casse et il détruit le tout, nous semble-t-il, par frustration. À la création de la figure 6, il a aussi cassé le cordon, mais a aussitôt regretté ce geste et puis a voulu le réunir à la brocheuse par la suite. Effectivement, Seftel (1987) nous dit que cette destruction pourrait impliquer une forme de déni de la réalité perçue; dans le cas présent, le déni d'avoir blessé l'objet par son sadisme, donc de l'avoir perdu (relié à la "coupure" du lien). Ce mécanisme s'est aussi manifesté à la cinquième session (figure 9), où Joël ira jusqu'à utiliser de la colle pour effacer une ligne de crayon feutre au centre de la maison (que nous croyons ici être synonyme de la mère), nous démontrant ainsi la mise en oeuvre de ce mécanisme, utilisé dans le but de "to deny painful reality stimulated by sources of objective anxiety" (Levick, 1983, p.22).

Nous sommes aussi tentée de croire que la mère de Joël, à cause du manque de développement de celui-ci et des autres enfants de la famille, et à cause des informations dont nous disposons à son sujet, aurait peut-être tendance à encourager le maintien de la relation symbiotique, puisque les comportements

pouvant permettre à Joël de s'éloigner en vue d'acquérir une plus grande autonomie ne sont pas encouragés: par exemple, l'utilisation d'une bicyclette, le fait d'aller jouer dehors, etc. Selon Mahler (1963), "[...] c'est le besoin spécifique de la mère qui, des potentialités infimes du nourrisson, active en particulier celles qui créent pour chaque mère l'"enfant" qui est le reflet de ses propres besoins uniques et individuels" (p.29). Cette auteure met en lumière le déroulement d'une période très importante du développement, où l'enfant acquiert une plus grande locomotion lui permettant le développement des fonctions autonomes du Moi, comme le contrôle sphinctérien, la marche, la parole, etc. Joël nous démontre, par son comportement avec sa mère, qu'il suit comme son ombre, et par sa mise en scène de la première session avec sa création en plasticine (figure 5) qu'il fait marcher dans la pièce en l'approchant et l'éloignant de nous, que son niveau de séparation-individuation à l'objet pourrait ne pas avoir dépassé la deuxième période du rapprochement.

Nous verrons comment, à partir de la sixième session, il va revivre, retourner à cette phase en la concrétisant et l'actualisant, surtout au niveau de son comportement. De plus, l'anxiété ressentie à la deuxième session face à l'ampleur du format du papier que nous lui avons offert, anxiété qu'il a combattue en coupant et réduisant ce grand format (figure 6), peut être reliée à ce que ressent l'enfant d'un an qui commence à s'éloigner de sa mère en vue d'acquérir plus d'autonomie lors de cette période. Effectivement, selon Robbins (1987): "A person's relationship to space begins very early, with fusion and the gradual separation, differentiation, and individuation that in a psychological sense puts space between infant and mother" (p.111).

Mahler (1968/1973) nous dit que, normalement, à cette deuxième période du rapprochement, "[...] une large proportion d'investissement disponible se retire dans la sphère symbiotique pour se fixer sur les appareils autonomes du self et des fonctions du moi-locomotion, perception, apprentissage" (p.30). Dans le cas

présent, à l'âge où les fonctions du Moi doivent s'élaborer et où l'enfant prend plaisir à la découverte et l'expérimentation de ses nouvelles possibilités, sous le regard approbateur et sécurisant d'une mère "émotivement disponible" pour qu'il puisse effectuer ce que Mahler (1963) appelle un "libidinal refueling" (p.314), la mère de Joël donnait naissance à un autre enfant. Joël avait exactement 9 mois lors de cette naissance et était donc en plein dans la période de rapprochement, qui se déroule habituellement, selon Mahler, dans le dernier quart de la première année. La mère de Joël fut, nous le présumons, moins disponible pour Joël durant cette phase de "crise développementale", qui ne nous semble pas avoir encore été surpassée. Joël, nous le supposons, avait jusque-là joui d'une forte gratification, peut-être d'une surgratification de la part de sa mère, et voilà qu'un rival venait lui ravir son objet libidinal, provoquant une réactivation des pulsions destructrices et à l'origine d'une inhibition importante dans son développement:

The less emotionally available the mother has become at the time of the above-described rapprochement, the more insistently and even desperately does the toddler attempt to woo her. In some cases, this process drains so much of the available developmental energy that, as a result, not enough neutralized energy may be left for the evolution of the many ascending functions of the ego. (Mahler, 1963, p.317)

Dans une perspective similaire, Kohut (cité par Lachman-Chapin, 1979) considère que le manque d'empathie de la part du "self object" est vu, par l'enfant du niveau pré-oedipien, comme une attaque sadique et provoque la rage; selon lui, la pathologie est due à ce manque: "[...] traumatic fixations around certain biologically based drives are to be seen as proceeding from empathic failure to the emerging self" (p.5).

Notre rôle dans la relation avec Joël est surtout d'agir comme un témoin de son action et de l'aider dans son entreprise s'il a besoin d'aide ou parfois en devinant

ce qu'il aimerait faire; nous sommes disponible pour l'aider manuellement quand il le désire. Il nous est en effet facile de nous identifier à Joël, de nous mettre dans sa peau et de comprendre son processus.

**PARTIE INTERMÉDIAIRE: CONCRÉTISATION ET ACTUALISATION EN THÉRAPIE
DU RETOUR À LA PÉRIODE DE RENFLOUEMENT
NARCISSIQUE**

La volonté de Joël de plaire, de "courtiser" sa mère est représentée à la sixième session (figure 12), où Joël s'identifie au gros cœur noir, indiquant ainsi, nous le croyons, la place qu'il aimerait prendre dans l'affection de sa mère; Joël est, nous le savons, le centre d'attraction à la maison, devant probablement faire tout en son pouvoir pour attirer l'attention sur lui, suivant sa mère constamment. Avec nous, il a toute l'attention centrée sur lui, et cela semble lui plaire beaucoup.

C'est vers la sixième session que nous voyons d'ailleurs apparaître une phase de manifestation de phénomènes régressifs plus concrets chez Joël. En effet, son comportement durant cette session s'est, comme par magie, fondamentalement transformé. Joël crie très fort et lance des choses par terre, comportements qu'il maintiendra presque jusqu'à la fin de nos rencontres. Ceci fut, de façon étrange, provoqué par un jeu que nous avons eu avec Joël, de lui faire deviner dans quelle main nous cachions le pot de peinture, qu'il voulait replacer sur les tablettes. Il s'est mis à rire follement, à être partout à la fois dans la pièce, à crier. En fait, c'est comme si, par ce petit jeu, nous lui avions donné la permission de jouer, de s'amuser, de se relâcher et de régresser; il semble avoir trouvé cet état plus confortable. La relation est alors devenue de plus en plus axée sur le plaisir, l'humour prenant alors une place importante dans notre relation, servant beaucoup la détente tout en permettant une plus grande conscience de Soi, mais dans la joie. Par contre, nous avons peur d'avoir provoqué l'apparition de

comportements indésirés et incontrôlables, que nous ne comprenions pas très bien alors et qui pouvaient se répéter à l'extérieur des sessions et mettre en cause notre compétence de thérapeute face à l'entourage. Heureusement, d'après ce que nous en savons, ces comportements sont demeurés dans la situation thérapeutique. Vu les progrès qui semblaient les accompagner, surtout au niveau de l'estime de Soi, nous avons décidé de tolérer et de voir à quoi rimaient ces étranges manifestations.

Il est aussi à noter qu'à partir de ce moment-là, l'intérêt de Joël s'est tourné vers le jeu et vers une activité motrice très prononcée, la création plastique ayant perdu peu à peu de l'intérêt pour lui; il était devenu très résistant à s'engager dans une activité artistique. En tant qu'art-thérapeute, nous trouvions désappointant ce changement et avons continué à l'orienter vers l'utilisation des médiums artistiques dans son expression. Il a malgré tout maintenu une production, mais elle s'avérait d'une exécution très précipitée. Ce changement pour une préférence au jeu est, selon Kramer (1977), une manifestation régressive qui se doit d'être tolérée: " [...] [The art therapist] must tolerate regression from art to play or assist in the transition from play to art, according to the exigencies of the various situations they encounter" (p.3). Selon elle, nous pouvons dire que Joël "régressait" ou revenait à une forme d'expression antérieure (le jeu), qui lui convenait mieux à ce moment-là et qui répondait à ses besoins; elle qualifie d'ailleurs le jeu de moins stressant que l'art. En fait, selon elle, la création artistique est de nature beaucoup plus symbolique que le jeu et nous avons vu que le matériel créé par Joël lui reflétait une réalité douloureuse: "Unlike play, art has the means to present truthful images of the conflicting realities of man's experience" (Kramer, 1977, p.8). Rubin (1978) nous dit que, particulièrement dans notre travail avec les enfants, il y aura des périodes temporaires ou prolongées de régression au service du développement, qui s'observeront surtout par le retour au jeu: "More often, it is evident in a return to less structured and perhaps more playful use of materials" (p.26).

Nous avons pu aussi, durant cette période intermédiaire de la thérapie, observer chez Joël un fort besoin de séparation, d'individuation, se manifestant par le jeu et la mise en scène de celui-ci; on dirait que, pour lui, la représentation d'une oeuvre d'art n'était plus suffisante et que le jeu lui permettait d'agir, de concrétiser sa volonté. De nombreuses créations semblables à celle de la figure 4, représentant une séparation entre deux objets, furent réalisées durant cette période de la thérapie où le besoin d'intimité, de se cacher de nous, de se séparer était très présent dans son jeu. Il aimait particulièrement se cacher sous la table entourée de papier et nous faisions semblant de le chercher; il riait beaucoup, comme les tout petits enfants. Ce petit jeu nous a menée plus tard à l'aider à construire une maison (figure 17), dans laquelle il pouvait se cacher, se mettre à l'abri, avec laquelle il a d'ailleurs eu beaucoup de plaisir; il l'a manipulée à son aise, s'enroulant dedans, se déplaçant avec, ce qui semblait lui donner un pouvoir qu'il aimait. Il a d'ailleurs pu y mettre en scène le déménagement probable de la famille suite à la vente éventuelle de cette maison.

Plusieurs seraient ici tentés de dire que cette régression dans le jeu est une fuite, une résistance et auraient tendance, en tant qu'art-thérapeutes, à ramener Joël à l'affrontement de la dure séparation dans les créations. Cependant, nous devons travailler avec les défenses du patient et cette fuite apparaît faite dans le but de protéger son Moi (elle est donc au service du Moi), tout en s'avérant thérapeutique pour Joël puisqu'elle lui permet de réparer, de revivre dans un "setting" différent ce qui lui a manqué; de repartir d'où il est temporairement et partiellement arrêté. En effet, nous pouvons dire que Joël manifeste ici des comportements régressifs de la période précédant l'arrivée de son frère, où il avait, nous le supposons, beaucoup de gratification, d'attention de la part de sa mère. En effet, la régression, semble être utilisée ici, comme Bergeret (1979) l'a mentionné, dans le but de contrer l'anxiété provoquée par la présentation de matériel suscitant une très forte anxiété de séparation chez Joël; mais elle apporte en même temps une certaine satisfaction hédonique et narcissique, amenant avec

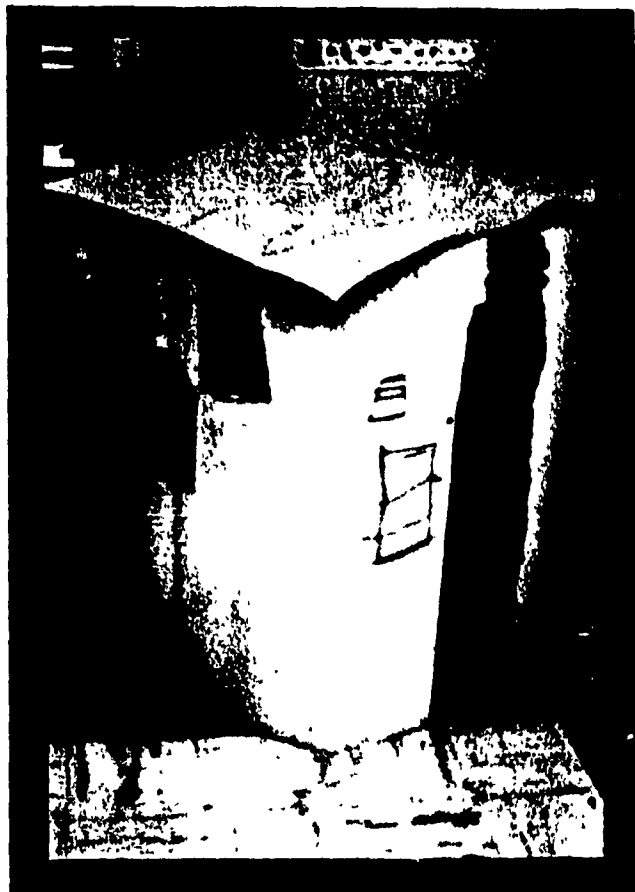


Figure 17

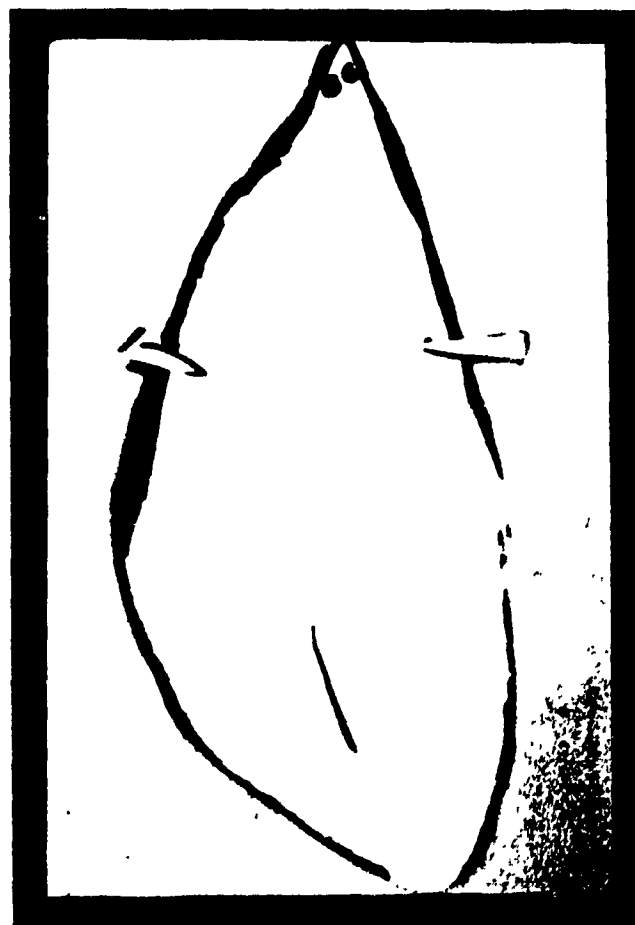


Figure 18

elle des possibilités réparatrices, consolatrices et gratifiantes. Les effets thérapeutiques se sont fait sentir: par un déblocage de nature plutôt surcompensatoire (comportement plus agressif, extraverti); dans la voix, puisqu'il criait parfois très fort et parlait plus, même si ce qu'il disait demeurait souvent incompréhensible (ce qui le frustrait beaucoup); dans un relâchement de la posture, puisque Joël sortait des sessions la tête haute, décontracté et ayant l'air fier de lui; par un relâchement moteur qui semble s'être produit et qui s'exprimait notamment par le fait qu'il bougeait beaucoup durant les sessions; par un comportement de défoulement plus agressif. Cette phase s'est avérée pour nous plus difficile à tolérer et les limites ont été parfois atteintes, surtout au niveau de l'expression de l'agressivité qui semblait suivre la loi du tout ou rien... Nous croyons que Joël, par ses comportements très primitifs, nous démontrait sa façon à lui d'agir sur le monde, qui était, selon Mahler (1963), une manifestation de régression. Une description de cas de Margaret Mahler (1963), concernant la régression observée dans le comportement d'un enfant de neuf mois suite à la naissance d'un autre bébé, ressemble beaucoup à ce que nous pouvions observer en thérapie avec Joël à ce moment-là:

[...] somewhat stereotyped behavior such as throwing things, biting, etc., soon follows. If this unpatterned, diffuse and aggressive behavior is not counteracted by object love, it may lead at a very early age to the toddler's turning his aggression against his own body" (p.318).

Nous voyons ici comment Joël, au cours du processus thérapeutique, est revenu spontanément à une période qu'il avait besoin de compléter pour poursuivre plus adéquatement son développement et son évolution. Nous le laissions faire puisque nous nous apercevions des effets bénéfiques qu'avait ce déblocage sur lui; les seuls comportements que nous ne tolérions pas se rapportaient à l'agressivité physique envers lui-même ou envers nous. Les fixations dans le développement des fonctions du Moi ont eu lieu à cette période où des fonctions importantes du

Moi se développent: propreté, marche, langage. C'est pendant cette période que l'enfant commence à s'éloigner de sa mère pour devenir plus autonome. Toutefois, comme il a peur de perdre l'amour de sa mère et ressent de l'anxiété à cette perspective, il revient vers elle, effectuant ainsi des mouvements d'aller-retour vers sa mère. La mère doit donc demeurer disponible, attentive à l'enfant et partager ses expériences; nous croyons que c'est essentiellement ce rôle, que son environnement d'origine semble n'avoir pu lui fournir, que Joël nous a fait jouer au cours de la durée de la thérapie. Joël avait besoin, comme tout enfant, qu'on lui reflète son omnipotence, sa grandiosité, son unicité, combien il était merveilleux et spécial. Kohut (tiré de Lachman-Chapin, 1979) traite en effet du développement narcissique chez l'enfant à cette période, de l'importance de le sécuriser et de l'accepter pour qu'il se sente à l'aise dans sa tendance "exhibitionniste", qui s'avère, selon lui, la première tentative d'individuation chez l'enfant; pour que cette phase soit amorcée sainement, il parle de l'attitude de la mère, devant manifester son approbation et son admiration à son enfant, par ce qu'il décrit comme "the gleam of the mothers' eyes", le reflet admiratif que l'enfant peut lire dans les yeux de sa mère. Nous voyons par la régression à ces points de fixation que ces derniers ont une possibilité de progrès et ne sont pas chroniquement bloqués.

Nous croyons fortement que Joël nous a entraînée vers ce rôle, à cette période de son développement, puisqu'il se sentait à l'aise avec nous et s'est laissé aller à être cet enfant magnifique sous le regard admiratif d'un nouvel objet qui remplissait la tâche correctement. Notre rôle a donc clairement été défini par lui et fut celui d'être attentive et permissive, le plus possible, envers ce qu'il faisait.

Une volonté d'autonomie se fit aussi sentir chez Joël et ce, de plus en plus, par de nombreuses initiatives comme la volonté de remplacer les choses tout seul, d'ouvrir les portes avec la clé, etc., ce que nous encourageons bien entendu, et aussi par le dessin de la bicyclette (à la figure 13) qui est le symbole, selon

Chevalier et Gheerbrant (1969), "d'un besoin normal d'autonomie" (p.122). Notons ici qu'à sa dernière évaluation en ergothérapie, remontant à l'année précédente, Joël n'était pas capable d'aller en tricycle; suite à ce dessin, nous avons redemandé une réévaluation où Joël s'est avéré plutôt agile sur ce mode de locomotion et très fier de sa performance. De plus, la réalisation d'un serpent à la figure 14 (premièrement détruit, peint, effacé, toujours avec le brun, mais finalement repeint) serait symboliquement reliée à l'apparition du premier stage de l'Uroboros, que Neumann (tiré de Newton, 1975) décrit comme suit: "He describes her transformative and elementary functions [...]. In terms of affects and feelings, one could postulate the capacity to love, spiritually and biologically, the capacity to be aggressive and the innate capacity to experience guilt" (p.185). Joël présenta durant cette période un comportement général en classe moins inhibé et exprima de plus en plus directement son agressivité (envers les objets, lui-même et la thérapeute), ce qui s'avérait une manifestation d'"acting out" que nous tolérions envers les objets qu'il créait, mais que nous refusions d'accepter lorsqu'elle s'adressait à lui ou à notre endroit. Weir (1987) rapporte que, selon Winnicott, l'expression de son sadisme aiderait l'enfant à se différencier de l'objet:

He suggests that the infant's destructive attacks on its 'object' can be used as a constructive force to enable differentiation between self and 'object' to occur. He postulates that at a certain stage of ego development the child comes to realize that fantasized attacks on his mother or 'object' do not actually destroy the 'object' in external reality. Out of this realization a new relationship is created, whereby the 'object' can be objectively perceived as a separate and independent entity, outside the subject's omnipotent control. (p.118-119)

**PARTIE FINALE: DES PRÉOCCUPATIONS PLUS APPROPRIÉES À SON ÂGE
NORMAL DE DÉVELOPPEMENT ET UNE SÉPARATION RÉUSSIE**

Durant cette période, les préoccupations d'ordre psychosexuel manifestées par Joël semblent avoir évolué vers un niveau moins primitif, c'est-à-dire, par exemple, vers la période oedipienne et phallique.

À la vingtième session, suite à une semaine difficile, où des problèmes d'encoprésie étaient réapparus, Joël a exprimé beaucoup de colère face à son père, à cause, semble-t-il, du fait que la famille devait déménager, ce qui n'était pas la première fois. L'encoprésie, comme nous le voyons, semblait causée par l'insécurité, surtout par rapport au père. Joël a exprimé verbalement le fait qu'il était en colère face à son père, sentiment qu'il a activement manifesté à l'aide de la plasticine. Il a coupé la tête d'un bonhomme en disant: "Tiens, pu de tête!" Ensuite, par transformation, il est devenu le père et puis le tout s'est transformé en arme. Un bébé a alors été créé, qui donnait des coups au père et qui allait se cacher sous la boîte de crayons, le tout étant détruit par la suite.

La préoccupation phallique s'est aussi manifestée. En effet, même si la figure 18 montre une représentation humaine assez archaïque, Joël a dessiné un pénis au portrait de sa professeure de sexe féminin. Alors que nous discussions de la différence sexuelle entre les garçons et les filles, il décida de nous faire graphiquement un très très long pénis, par pitié nous croyons...

Dans plusieurs productions, nous retrouvons des représentations de moyens de transport: la bicyclette à la figure 13; le bateau, entre autres à la figure 19, qui symboliserait souvent, selon Bender et al. (1983), la situation oedipienne; et l'automobile à la figure 20, qui symboliserait, selon Chevalier et Gheerbrant (1982), une volonté d'évolution: "Comme tout véhicule, l'automobile symbolise



Figure 19

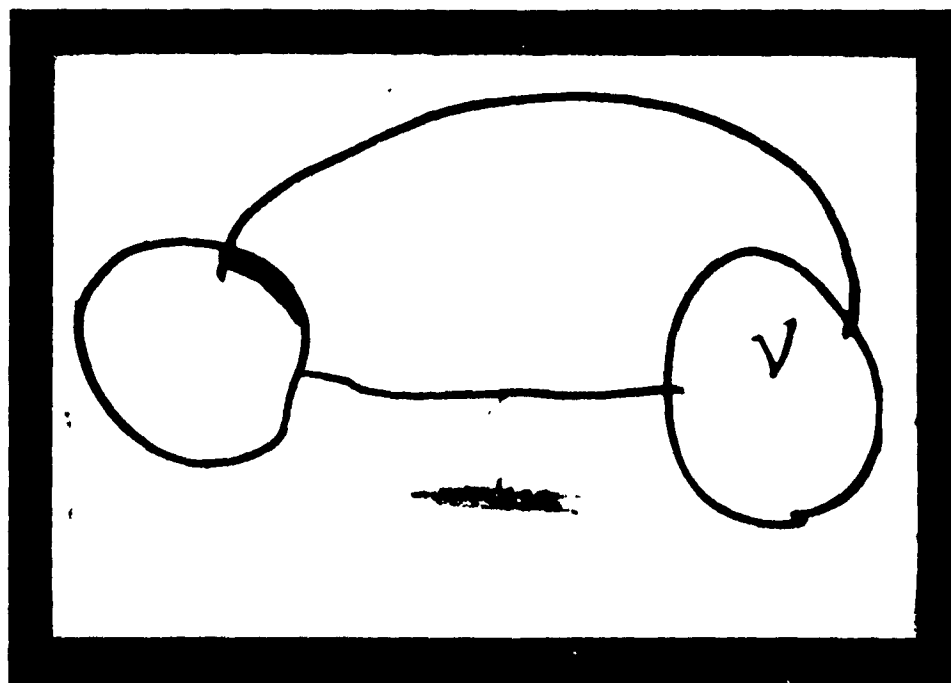


Figure 20

l'évolution en marche et ses péripéties" (p.87). Nous pouvons en dire en effet que Joël se trouvait sur la voie de l'évolution, même si cette autonomie qu'il recherchait semblait insécurisante, comme il l'exprimait clairement par la fuite d'échappement de l'automobile à la figure 20...

À la fin de notre relation thérapeutique, Joël a, nous le croyons, été capable de transposer son attachement aux autres personnes qui le supportaient et qu'il aimait, entre autres sa professeure, qu'il a dessinée et dont il a souvent parlé durant les sessions; il a même voulu retourner la voir durant une session. Il nous a aussi appelée par son nom parfois, ce qui n'allait pas sans provoquer chez nous un peu de chagrin, mais nous étions en même temps consciente que c'était un mouvement positif pour lui. Nous croyons que notre séparation, par ce détachement graduel, s'est bien déroulée; Joël a en effet été capable d'exprimer le fait qu'il savait que d'autres personnes étaient présentes pour lui et il a pu déplacer son investissement. À la dernière session, quand nous sommes allée le reconduire dans sa classe, il y est entré, nous laissant à la porte, mais a demandé à sa professeure s'il pouvait nous donner un "bi". Il est venu nous embrasser sur la joue; nous avons interprété ce geste de sa part comme une façon de nous remercier...

DEUXIÈME ÉTUDE DE CAS

LINDA

**REVIVRE LA SENSATION DE BIEN-ÊTRE, DE FUSION
À LA MÈRE DISPARUE À TRAVERS LA PEINTURE**

Nous ne procéderons pas, pour ce cas-ci, à une étude exhaustive comme dans la précédente analyse; en fait, notre but est plutôt de présenter brièvement un autre exemple de manifestation de phénomènes régressifs, puisque qu'il y a, en réalité, autant de formes de régression qu'il y a d'individus ...

Nous traiterons donc brièvement des sept premières sessions d'art-thérapie que nous avons eues avec Linda. C'était la première psychothérapie individuelle pour Linda et, par ailleurs, elle était notre première patiente comme stagiaire. Linda et la supervision de son cas nous ont beaucoup appris sur le processus thérapeutique de l'art-thérapie; surtout à faire confiance au client pour ce qui est de nous mener vers ce dont il a besoin.

Nous verrons surtout comment la répétition du même contenu sous la même forme, d'abord interprétée comme de la résistance, a eu, pour la patiente, une valeur thérapeutique importante et nous a en même temps permis d'apprendre le métier...

HISTOIRE DE LA PATIENTE

Identification de la patiente

Âgée de 27 ans, Linda est d'origine italienne. Elle est célibataire et sans enfant. Elle demeure avec la famille de son oncle, depuis la mort de sa mère il y a un an. Linda n'est pas sur le marché du travail présentement. Elle souffre de schizophrénie en phase résiduelle, mais son problème actuel est davantage relié à un problème de deuil, suite à la perte subite de sa mère il y a un an.

Motif de la consultation

Linda fut référée au centre de traitement, voilà bientôt un an, dans le but d'améliorer ses capacités de socialisation et d'autonomie personnelle. Elle est très timide et a besoin d'encouragements et de renforcements positifs.

Le centre a pour but d'offrir une gamme de services holistiques, thérapeutiques, de réinsertion sociale et un suivi communautaire pour une population d'adultes aux prises avec un diagnostic en psychiatrie. Nous y avons oeuvré à titre de stagiaire en art-thérapie durant une période de 8 mois. Malgré le fait que Linda fréquente le centre pour la deuxième année, cette thérapie individuelle est une première pour Linda.

Histoire de la maladie

La patiente est atteinte de décompensation d'ordre psychotique depuis l'âge de 16 ans. Par contre, les symptômes ont pu être maîtrisés par médication et avec un suivi en clinique externe à l'hôpital sans jamais nécessiter d'hospitalisation. L'état de Linda est présentement stable avec absence de symptomatologie psychotique; on peut toutefois observer quelques symptômes résiduels de la psychose, comme le mouvement fréquent de la tête de gauche à droite.

Histoire familiale

La situation familiale de Linda est problématique. Elle demeurerait jusqu'à tout récemment (1 an) avec sa mère et son frère. Son père les a quittés pour aller vivre en Italie quand elle était très jeune. Quand sa mère décéda, son frère fut

nommé curateur privé, mais le reste de la famille, vu l'incapacité de ce dernier de s'occuper convenablement de Linda, décida qu'elle serait mieux traitée avec son oncle. Son frère l'enfermait seule dans la maison, sous verrous, pendant des journées entières. C'est présentement lui qui encaisse les chèques de bien-être social de Linda, qui ne reçoit plus rien. L'oncle chez qui Linda habite intente actuellement des poursuites contre son frère. La mort de sa mère fut un vrai choc pour Linda et il semble que la famille lui ait refusé le droit de voir sa mère à l'hôpital, ce qui semble encore la révolter aujourd'hui.

Elle déteste son frère et sa mère lui manque énormément, car elle semble être la seule personne qui ait pris soin d'elle. Elle a fait une première tentative de travail vers l'âge de 16 ans dans une usine, ayant abandonné l'école, et c'est suite à cela qu'elle eut son premier épisode psychotique. Elle a toujours été très dépendante de sa mère.

Linda semble être bien acceptée par la famille de son oncle, qui s'attend à ce qu'elle recouvre la santé et puisse voler de ses propres ailes bientôt. L'oncle de Linda a une fille qui est à peu près du même âge qu'elle et les relations entre ces dernières semblent assez bonnes. Cette cousine va bientôt se marier; Linda trouve que celle-ci ressemble à sa mère. Sa tante est malade et demeure à la maison. Il y a aussi une autre cousine qui demeure à la maison avec son mari.

ANALYSE DU PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE

Les premiers dessins de Linda nous donnent beaucoup d'informations sur la structure de sa personnalité. En effet, sans le savoir, elle a exécuté spontanément le "House Tree Person test". Dans le premier dessin (voir la figure 21), notons d'abord que la maison n'a pas d'escalier réunissant le sol à la porte, ce qui, d'après l'interprétation du H.T.P. (Buck, 1964), indique une certaine inaccessibilité aux relations interpersonnelles. En effet, Linda nous apparaît en général comme un peu superficielle, ayant peur de parler de ses sentiments, de comment elle se perçoit; ses créations nous aideront à mieux la comprendre. La présence de deux arbres parfaitement identiques pourrait être interprétée comme celle de deux personnes: elle et sa mère; les pommes, éléments nourriciers, appuient cette interprétation. Notons que les deux petites touffes d'herbe à la base de ces arbres leur donnent une impression de flottement et de déracinement: ceci, d'après nous, pourrait signifier un sentiment d'irréalité dans la relation à la mère morte et le désir d'être unies dans la mort, ce désir étant verbalement exprimé plus tard par Linda. Le tout se trouve au-dessus d'un sol tourmenté.

Dans son deuxième dessin de la même session (voir la figure 22), Linda nous donne un genre d'autoportrait. L'emplacement de la gorge à la place de la poitrine suggère un manque, un vide à l'endroit de la poitrine (mère). De plus, la transparence du personnage pourrait être une indication de l'immaturité du sujet. Le personnage a l'allure d'un clown, d'un pantin qui semble manipulé de l'extérieur; l'absence de la "poitrine-mère" lui donne en effet une certaine vulnérabilité au monde extérieur, qui semble tourmenté si l'on se réfère au sol de la figure 21.

Lors de la deuxième session, Linda a exprimé la volonté de faire des montagnes (voir la figure 23), qui sont à peine perceptibles, dû au choix de couleur utilisée,

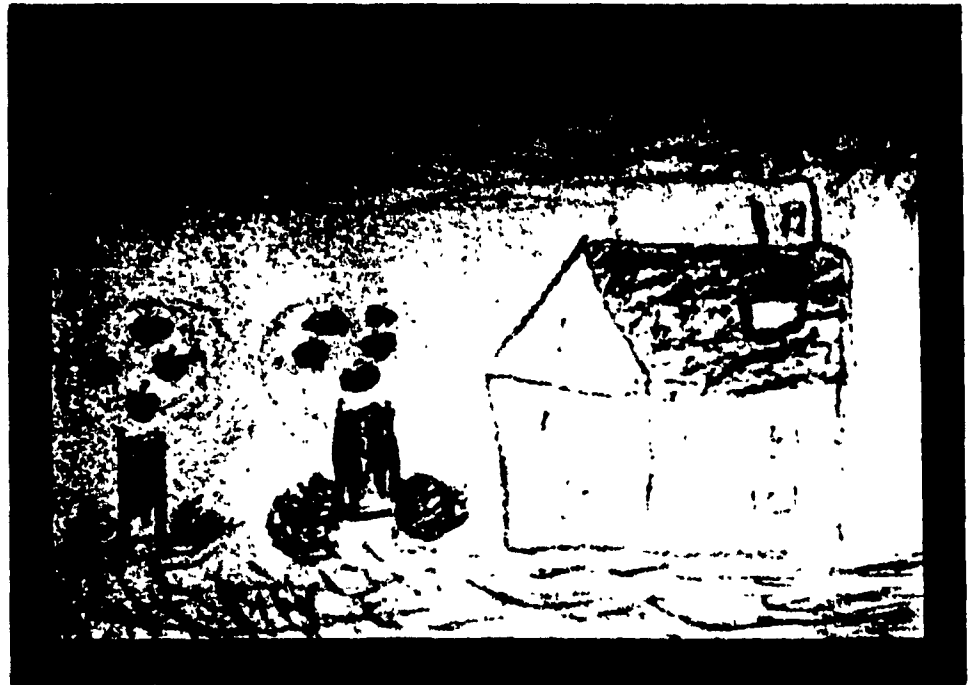


figure 21

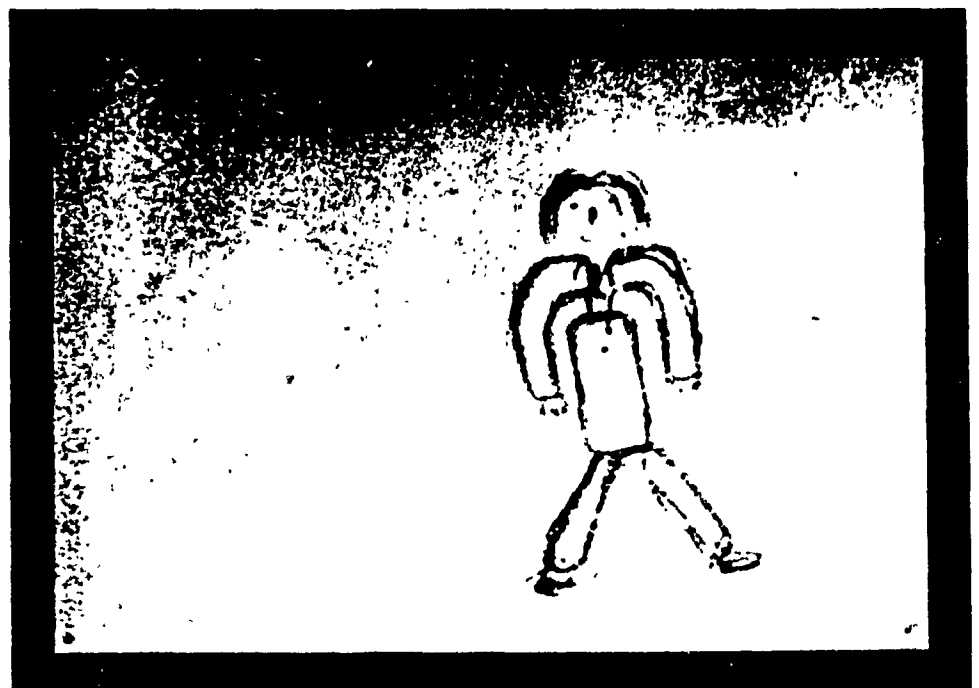


figure 22



figure 23



figure 24

identique à celle du fond. Cette pâle entrée en scène fut par contre une découverte cruciale pour Linda, puisqu'elle ne voulut plus quitter cette forme jusqu'à la fin de la thérapie. En effet, cette forme courbe allait l'amener à exécuter une peinture abstraite (voir la figure 24), ayant une résonance très forte pour elle, dans laquelle les gestes exécutaient toujours le même mouvement de vague, qu'elle appelait "sketching"; elle ne voulut que faire et refaire ce genre de production. Il est à noter que nous interprétions, à ce moment, ce geste répété comme de la résistance; il était en fait très lassant, session après session, d'assister à un recommencement continu. La répétition constante de la même forme est en effet interprétée par Leuner (1984, cité par Lusebrink, 1990) comme une forme de résistance: "A repetitive symbol which appears without changes may indicate a defensive fixation" (p.107). Linda étant notre première cliente, nous n'avions alors pas encore la connaissance requise pour faire confiance au processus thérapeutique, qui était à l'oeuvre sans que nous le sachions, par l'entremise de cette répétition.

Tentons d'abord d'expliquer la relation de Linda avec cet "objet-poitrine" dans ses nombreuses réalisations. Pour Linda, le transfert à la mère est apparu à l'intérieur de la relation thérapeutique dès le début de la première séance. Elle attendait de nous que nous lui disions toujours quoi faire, que nous approuvions ce qu'elle faisait. Elle semblait vouloir s'en remettre totalement à nous, à une dépendance qui la sortirait du vide qu'elle semblait éprouver face à la création. Elle n'a jamais manqué une de nos séances, se rassurant à la fin de celles-ci sur notre disponibilité à la session suivante. Selon nous, ce transfert s'est par la suite transposé sur le matériel d'art dès qu'elle y eut expérimenté la relation à l'"objet-poitrine" (figure 24); elle est devenue à ce moment plus indépendante, sachant désormais ce qu'elle voulait produire et a acquis un peu plus de confiance en elle. Selon Robbins (1987), elle aurait découvert un espace transitionnel lui permettant d'expérimenter sa relation à l'objet:

Art therapy offers the possibility for psychological space, or that which is created through the interactions of two individuals, to be reorganized by mirroring or complementarity (offering opposite). This space has much in common with what Winnicott calls transitional space (1971). It is an intermediate area that is neither inside nor outside, but which bridges subjective and objective reality. By extension, dead or pathological space can also occur either in the art form or in the relationship, when expression is weighed down by oppressive defenses. (tiré de Rubin 1987, p.67)

La relation dyadique que nous lui offrions, c'est-à-dire la présence, la constance et l'attention que nous lui portions semblaient contribuer à combler partiellement un vide dans sa vie, celui laissé par sa mère. D'une relation de recherche de dépendance au départ, elle tendait maintenant, et ce depuis sa découverte de l'objet-poitrine, vers une recherche d'indépendance, d'individuation et d'une relation d'égal à égal. Nous pouvons supposer que la création de cet objet fétiche comblait en partie ses besoins plus primitifs pour lui donner la force d'aborder une relation interpersonnelle basée sur la réciprocité.

Winnicott (1975) nous montre l'importance de l'objet transitionnel comme prenant la place du sein ou de l'objet de la première relation, et comme signe précédant l'établissement de l'épreuve de la réalité. Nous pensons que, pour Linda, la production de "sketching" avec la peinture fut une façon inconsciente de renouer avec la mère perdue. D'après Lusebrink (1990), le médium de la peinture et sa fluidité, le plaisir de jouer avec les couleurs, de les mélanger, stimuleraient l'expression des affects et des émotions. Le peu de distance que Linda semblait être capable d'établir avec sa peinture pourrait être un indice d'une fixation au stade de fusion ou de symbiose. La phase symbiotique, précédant la phase de séparation-individuation, est en effet décrite par Mahler (1968) comme étant "[...] that state of undifferentiation, of fusion with mother, in which the "I" is not yet differentiated from the "not-I", and in which inside and outside are only gradually coming to be sensed as different" (p.9).

Linda, lors des séances d'art-thérapie, démontrait qu'elle n'était pas prête à quitter cet état de fusion, perdu et retrouvé, qui lui apportait tant de bien-être: elle ne voulait plus rien faire d'autre que du "sketching"... (forme de peinture qu'elle a produite, durant ses 7 sessions, au moins une dizaine de fois). Nous tentions, par notre ignorance, de la faire sortir de cette résistance en lui faisant essayer d'autres médiums. Par exemple, l'expérience du collage, à laquelle elle s'est soumise après une légère protestation, n'a provoqué que de l'insatisfaction puisqu'elle voulait faire du "sketching". Elle s'est malgré tout exécutée, mais de façon très fragmentaire (séparation) et sans plaisir ou satisfaction aucune, ce qui serait causé, d'après nous, par le sentiment éprouvé d'être à nouveau et malgré elle séparée de l'objet qu'elle avait symboliquement retrouvé: elle s'éloignait de sa mère (voir la figure 25).

À la troisième session, nous avons demandé à Linda de se dessiner (un autre de nos essais anti-résistance!) et elle éprouva beaucoup de difficulté dans cet exercice; elle ne voulait pas faire cet autoportrait (figure 26). Apprenant de nos erreurs qui peuvent, selon Winnicott (1955), s'avérer thérapeutiques, cette résistance nous démontrait la difficulté éprouvée à quitter la phase symbiotique, nécessitant la très pénible séparation cependant essentielle à l'individuation; Linda détestait cette image. Cette individuation (autoportrait) semblait ressentie comme une menace à la symbiose: "In the symbiotic psychotic syndrome, self-differentiation from the mother during the separation-individuation phase has failed, and the delusional symbiotic omnipotent fusion with the mother is still being maintain" (Mahler, 1968, p.74). Guntrip (1969) est également de cet avis: "The regressive urge to remain identified for the sake of confort and security conflicts with the developmental need to dissolve identification and differentiate oneself as separate personality" (p.40).

Nous avons finalement compris, supervision aidant, que la volonté ferme de vouloir session après session répéter le même genre de peinture, contenant le

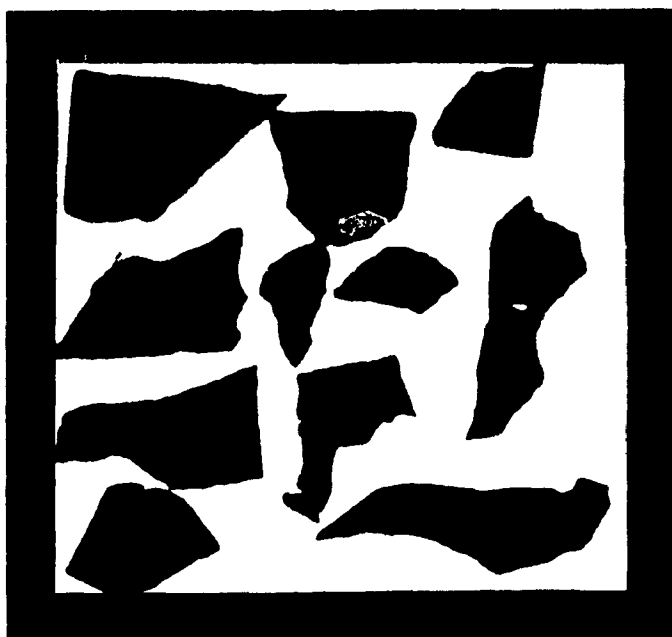


figure 25



figure 26

même mouvement (forme de poitrine), apportait à Linda une source de bien-être, qu'elle avait d'ailleurs verbalement exprimé; ceci venant de l'impression de revivre la fusion avec l'objet maternel qu'elle avait perdu et qu'elle avait l'impression d'avoir retrouvé. Cette répétition compulsive n'était pas sans rapport avec l'apport curatif: "La répétition rythmique d'un mouvement est sans doute le tout premier mécanisme capable de contrôler les pulsions d'angoisse, puis de rétablir l'équilibre psychique" (Navratil, 1978, p.56). Notre intolérance venait plutôt de nos attentes de réussite rapide et aussi de nos propres tendances super-actives de recherche constante de nouveautés; en fait, de notre conception "il faut que ça bouge" de ce qu'est l'évolution vers le mieux-être. Selon Diatkine (1957), la régression exprimée par une actualisation du fantasme dans la répétition de formes expérimentées et connues peut faire fonction de mécanisme de défense du Moi dans la lutte contre l'angoisse; dans sa fonction rassurante, d'où l'aspect résistance que l'on a attribué à la régression:

[...] les activités cognitives stabilisées par un certain automatisme vont être utilisées dans la lutte contre l'angoisse, puisque l'expérience de leur fonctionnement devient une preuve d'intégrité et - par leur signification rassurante sur le plan narcissique - vont se trouver valorisées pour échapper à l'angoisse. (p.412)

Par contre, il ajoute que la répétition et la maturation du matériel veut apporter une structure au matériel primitivement isolé, "[...] laquelle une fois formée s'automatise, acquérant ainsi un certain degré d'autonomie, par rapport aux facteurs dont elle s'est rendue indépendante" (p.412).

En effet, on remarque au centre de traitement une plus grande affirmation de la part de Linda; par exemple, à la suggestion d'une intervenante d'aller se faire couper les cheveux, Linda répond qu'elle aime ses cheveux comme ils sont; selon la responsable, cet acte est, semble-t-il, très inusité de la part de Linda. Celle-ci semble avoir rétabli un certain "équilibre psychique" depuis le début de la

thérapie, mais surtout depuis sa découverte avec cette forme représentant la "poitrine-mère". Elle a commencé à porter un objet (épinglette LOVE) que sa mère lui avait donné. Nous supposons que, depuis la mort de sa mère, Linda a probablement cherché inconsciemment à renouer avec elle: le "sketching" et notre disponibilité à son égard semblent lui donner cette illusion. Cette étape de recherche de l'objet perdu introjecté fait d'ailleurs partie des étapes du processus de deuil qu'il importe d'aborder ici.

Selon Klein (citée par James, 1985), le processus de deuil est une manoeuvre intrapsychique où l'objet perdu (ou désappointant) devient partie de Soi ou plus particulièrement du Surmoi, du Moi idéal ou idéal du Moi. Il est ainsi amené par un processus d'identification. John Bowlby (1980) définit les différentes étapes du processus de deuil:

- 1- Phase d'engourdissement qui dure de 4 heures à une semaine et est interrompue par des accès de détresse intense ou/et de colère intense.
- 2- Phase de languissement (yearning) et de recherche (searching) de la personne perdue durant quelques mois et quelquefois quelques années.
- 3- Phase de désorganisation et de désespoir.
- 4- Phase de plus ou moins grande réorganisation.

Par sa peinture et son attitude (mouvement de la tête de gauche à droite), il nous semble que Linda se trouve à la deuxième phase du processus de deuil: la phase de languissement et de recherche. Bowlby (1980) explique que la recherche de l'objet perdu fait partie intégrante du deuil: "Quelle que soit l'attitude que prend une personne endeuillée par rapport à ce besoin, je suggérerais que dans tous les cas elle se trouve soumise au besoin de chercher et si possible de récupérer l'objet perdu" (p.116). Notre relation lui a peut-être donné l'impression de retrouver l'objet perdu.

Simon (1981) apporte plusieurs éclaircissements sur l'art des personnes endeuillées. Elle explique que le "bereavement art" est vécu et apparaît compulsivement. Cet auteur décrit 3 stades se chevauchant dans la production des endeuillés: 1) l'**expression du conflit**, où le patient produit une série élaborée sur un type de travail particulier, 2) celui du "**containment**", où il commence tranquillement à vivre le deuil et 3) celui de la **résolution**, où le patient en vient à accepter la mort. Il est clair ici que Linda, par sa production de "sketchings", est au premier stade.

Simon décrit aussi deux styles différents dans l'expression du deuil. Le premier est le **style traditionnel**, qui est la "realistic representation of conventional subject matter" (p.136). Ce style est plus contrôlé par l'intellect tandis que le deuxième stade, nommé **archaic**, est plus près du style de Linda:

Shapes and colors rather than ideas or subjects in the sense of storytelling are the expressive vehicles in the archaic style. Unthinking contact with simple art materials appears to facilitate sensuous or emotionally charged gestures. These are not associated with concepts or perceptual images but are spontaneous scribbles and geometric shapes. (p.136)

Selon Searles (cité par Sherry, 1982), le but de la thérapie avec les schizophrènes serait le suivant: "The goal of therapy is to offer the schizophrenic a new and presumably healthier symbiotic relatedness from which s/he can successfully individuate" (p.221). Le retour à un état connu de bien-être, à la sensation de renouer avec l'objet tant aimé et perdu semble en effet avoir permis à Linda de revivre une relation symbiotique. Celle-ci semble lui avoir permis de mobiliser assez de libido pour lui permettre de revivre une séparation orchestrée différemment, c'est-à-dire préparée, planifiée et non abrupte ou traumatisante comme celle vécue avec sa mère. Nous avons en effet porté un soin particulier à la préparer à l'avance à notre séparation, en planifiant avec elle le déroulement

de la rencontre finale; son oncle est venu la chercher avec ses productions et Linda nous a remerciée en nous embrassant. De plus, le fait d'apporter ses créations à la maison semblait très important pour elle puisqu'elle conservait des éléments tangibles résultant de notre relation. Nous avons appris que Linda a commencé à faire du bénévolat, ce qui est un grand pas vers son indépendance et l'accomplissement d'elle-même.

CONCLUSION

L'objectif principal de ce mémoire était de mettre en valeur la place du concept de régression comme agent thérapeutique dans toute thérapie se voulant d'orientation psychanalytique, comme en art-thérapie. La confusion entourant ce concept vient du fait qu'on lui a attribué plusieurs sens depuis son apparition; par ailleurs, les auteurs ne spécifient que très rarement à quels sens ils se réfèrent quand ils parlent de régression. Pour simplifier, on a le plus souvent recours au sens rétrograde péjoratif de la régression pour signifier un retour en arrière, dans le sens d'une perte de fonctionnement acquis ou d'un arrêt du développement, qui s'avère plutôt un état fixe, couramment appelé chronique dans le milieu psychiatrique, avec peu de chances de rémission. L'aspect négatif entourant le concept de régression semble aussi dû à la difficulté pour le thérapeute de supporter les manifestations de phénomènes régressifs qui le poussent souvent à ses limites d'endurance et provoquent des réactions contre-transférentielles agaçantes. En effet, les phénomènes régressifs s'expriment souvent de façon à faire croire à une résistance au processus thérapeutique, que nous avons tendance à vouloir contrôler; ils sont souvent synonymes de chaos, de désordre, de perte de contrôle, de résistance, d'acting out, etc. La capacité de non-directivité du thérapeute se trouve fortement éprouvée lors de ces périodes régressives qui, par contre, l'aident à mettre en lumière la problématique du patient.

Il apparaît inévitable que des mouvements régressifs se manifestent dans toute forme de thérapie respectant les règles de base de la méthode psychanalytique. Ils ont, contrairement à un état de fixation, une possibilité progrédiente, qu'il fut possible d'observer dans les deux études de cas présentées plus haut. Dans ces deux cas, les patients ont guidé la thérapie vers leur niveau réel de besoin; en effet, le thérapeute n'avait qu'à suivre et à respecter les rôles qui lui furent attribués dans la relation transférentielle.

L'étude exhaustive du cas de Joël (jeune garçon souffrant de graves problèmes d'inhibition des fonctions du Moi) a présenté des changements de comportement importants vers le milieu de la thérapie, attribuables à l'apparition de phénomènes régressifs. C'est d'ailleurs, selon la théorie de Mahler, la période durant laquelle la régression doit se manifester en thérapie. La régression a permis à Joël de revenir vers la deuxième période du rapprochement, cette phase de son développement qu'il avait mal vécue dans sa petite enfance et qui avait, semble-t-il, causé de fortes inhibitions à l'apprentissage à un moment où les fonctions du Moi sont en pleine évolution; pour lui, une plus grande autonomie du Moi semblait symboliser la séparation et la perte de l'amour maternel.

Ce retour à cette phase très primitive s'est surtout exprimé par le jeu, par l'abandon de l'intérêt pour la création plastique et par une désinhibition généralisée ressemblant au comportement du tout petit. Les réalisations de Joël semblaient lui refléter la séparation d'avec l'objet primaire, perçue comme ayant été causée par ses pulsions agressives et destructrices. Ces pulsions semblaient réapparaître involontairement et inconsciemment dans les créations de Joël, ce qui provoquait chez lui de l'angoisse et donc un retour au jeu, mode plus régressif d'expression, dans lequel il semblait se sentir plus confortable et moins anxieux. Il fut donc possible dans ce cas de constater l'impact des pulsions agressives refoulées dans l'inhibition générale et la tension retenue chez ce jeune patient.

Ce retour naturel en thérapie vers une période incomplétée de son développement semble avoir permis à Joël de remettre en action un potentiel latent qui ne pouvait s'exprimer, car il ne savait comment ou ne possédait pas l'environnement nécessaire à cette fin, ce qu'il semble avoir trouvé lors de ses sessions en art-thérapie. Il a en effet trouvé une personne très attentive à ce qu'il faisait, mais qui en même temps le laissait agir à sa guise; deux ingrédients importants à la

réparation relative au trouble narcissique. De là apparurent des améliorations notables, entre autres au niveau du relâchement de la tension, de l'augmentation de l'amour de Soi, du comportement en groupe, etc.

Il fut possible de voir comment, dans la première partie de la thérapie, l'expression plastique a permis de situer le problème et a suscité l'émergence d'un processus de changement chez le patient. En effet, l'expression artistique a favorisé l'expression d'un matériel inconscient, qui, même si difficilement supportable pour le patient par moments, a permis de mettre en branle un système forçant le Moi à trouver une position plus confortable, moins anxiogène et bénéfique pour lui-même. Le patient s'est alors vu forcé de revenir à un mode d'expression représentant le vrai Soi, auquel un faux Soi s'était substitué.

Le cas de Linda (jeune adulte en phase résiduelle de schizophrénie) présente une forme de régression beaucoup plus subtile et davantage liée à l'expérimentation de la qualité du médium artistique. Dans son cas, la fluidité de la peinture semble lui avoir permis de transposer son émotion et la sensation de bien-être qu'elle expérimentait dans la relation; celle-ci avait surtout rapport à la sensation de redécouvrir, de refusionner avec l'objet aimé et perdu, c'est-à-dire la mère décédée. Ce cas a mis l'accent sur l'interdépendance entre la régression et la compulsion de répétition, ce qui nous laisse supposer l'existence d'un lien entre la répétition fréquente d'une forme d'expression et la manifestation d'un phénomène régressif. La répétition chez le petit enfant est d'ailleurs une façon d'apprendre, de prendre de l'assurance dans ses nouvelles acquisitions et c'est, d'après nous, le même phénomène qui se produirait chez l'adulte.

Dans les deux cas présentés, un processus de changement a été observé malgré le fait que les patients verbalisaient très peu: ce qui soulève la question de la nécessité de la verbalisation, qualifiée de niveau secondaire, dans le processus thérapeutique. Dans les cas présents, les tentatives de faire verbaliser les patients

sur leurs productions se sont avérées infructueuses, ce qui n'a par contre pas empêché des changements positifs chez ces patients. Ceci remet en doute la nécessité de mettre des mots sur ce qui est vécu et ressenti pour en éprouver un soulagement ou un bénéfice quelconque. L'expression non-verbale en images ne pourrait-elle s'avérer aussi de niveau d'expression secondaire? Le processus créateur et le support apporté par le thérapeute à celui-ci semblent posséder une force thérapeutique intrinsèque. Ici, l'art est la thérapie et non au service de la thérapie verbale.

Plusieurs autres questions demeurent en suspens suite à cette recherche, entre autres la force du Moi comme prérequis ou non pour le travail régressif en thérapie. En effet, doit-on utiliser cette méthode avec les patients qui ont un Moi très faible, comme les psychotiques en phase aiguë, ou au contraire exiger une certaine force du Moi ou une stabilisation avant de s'engager dans cette voie inconnue et insécurisante? Malheureusement, la réponse à cette question ne peut être apportée suite aux deux exemples de cas étudiés, car, malgré le fait que les phénomènes observés chez eux étaient de niveau pré-oedipien, le Moi possédait aussi des côtés plus évolués; entre autres, une capacité de contrôle. Cette notion de contrôle s'avère difficile à évaluer. Dans ces deux cas, il fut, dès le début de la thérapie, possible d'observer un potentiel régressif élevé, ce qui aurait dû, selon certaines théories, s'avérer une contre-indication à laisser les patients régresser. Cependant, les manifestations régressives s'y sont révélées thérapeutiques et bénéfiques. Cette recherche semble mettre en évidence la difficulté entourant l'évaluation de la force du Moi; il semble en effet qu'on ne puisse parler de Moi faible d'une façon globale, et que cette faiblesse ne dépende pas du niveau pré-génital ou non de la régression. En fait, la notion de régression est relative puisque tout le monde peut régresser à un moment donné, surtout quand il se trouve confronté à des stress importants; les circonstances de la vie ont beaucoup d'influence, même si certains individus auront une prédisposition plus grande que d'autres à la régression.

La capacité de contrôle de l'individu sur la régression serait, d'après nous, un critère d'évaluation primordial; en effet, le patient, peu importe son diagnostic, doit être en mesure de faire la différence entre la situation thérapeutique et le milieu extérieur, et doit savoir où et quand il peut s'adonner en toute sécurité à une expression plus primitive. Cette capacité de contrôle semble aussi établir la limite entre la régression saine et la régression pathologique, quoique des exemples concrets de cette dernière ne furent que brièvement effleurés lors de cette recherche, par exemple dans le comportement de retrait narcissique du schizophrène chronique. Le travail régressif avec les psychotiques en phase plus aiguë serait à étudier. En effet, comme nous l'ont montré Winnicott, Little, Sherry, Cox et Essau, la régression est la thérapie par excellence pour les psychotiques, mais il nous apparaît que la philosophie de traitement de l'équipe de soins, l'encadrement et le support disponibles font, dans ces cas plus aigus, toute la différence. De plus, cette forme de thérapie entreprise avec un patient ayant une très forte décompensation demanderait peut-être une plus grande disponibilité et implication personnelle de la part du thérapeute, ce qui ne concorde pas réellement avec les tendances actuelles. La régression étant vue comme une perte de fonctionnement, l'idée est difficile à vendre, d'autant plus qu'avec les patients dits chroniques, l'idée de la réadaptation (adaptation à sa maladie) et non celle de la thérapie semble la plus préconisée.

Un des critères les plus importants pour effectuer un travail régressif fructueux en thérapie apparaît celui de la qualité de la relation thérapeutique. En effet, c'est dans cette relation que repose le potentiel de réparation des blessures du passé, soit la possibilité de revivre autrement les expériences douloureuses, mais cette fois-ci dans un environnement supportant, où la liberté d'expression et l'acceptation inconditionnelle sont primordiales. Il faut aussi que le thérapeute soit en mesure d'adapter sa technique en art-thérapie aux besoins spécifiques de chacun des clients, qu'il les traite comme vraiment différents et uniques, ce qui demande un travail énorme, un souci du détail articulé.

De cette recherche ressort notamment la difficulté d'évaluer si nous observons, chez un patient donné, un état de fixation ou un mouvement régressif. En fait, il semble que la fixation n'inclut pas de régression, tandis que dans tout mouvement régressif, il y a un point de fixation dont la force déterminera la pression exercée sur le Moi pour qu'il y ait un retour à ce niveau, à l'exception, selon Anna Freud, d'une régression normale des fonctions du Moi dans le développement. La compulsion de répétition fera inévitablement revenir le sujet à ce point, tout au long de son existence ou jusqu'à ce qu'il se remette en contact avec les éléments de son passé refoulés, qui causent une coupure privant le patient d'un matériel structurant sa personnalité.

L'art-thérapie semble fournir un mode de régression plus approprié pour l'adulte, par lequel il peut transmettre, comme dans le cas de Linda, un contenu symbolique d'une phase développementale plus primitive, qui serait plus difficilement acceptable autrement, par exemple, dans le comportement.

Par ailleurs, il serait aussi intéressant de se demander ce qui arrive des manifestations régressives non récupérées en thérapie ou qui, dans celle-ci, sont évitées? Ne deviendraient-elles pas alors des fixations, se trouvant dans l'impossibilité de s'exprimer librement?

Il est à souhaiter que cette recherche permette de diminuer la crainte des art-thérapeutes de faire régresser leurs patients et qu'elle contribue également à les encourager à utiliser la méthode thérapeutique non-directive sur laquelle l'art-thérapie s'est édifiée.

RÉFÉRENCES

Adler, G. (1985). Borderline psychopathology and its treatment. New York: Jason Aronson, Inc.

Arlow, J.A. (1963). Conflit, régression et formation de symptômes. Revue française de psychanalyse, tome 27, 1, 31-52.

Balint, M. (1972). Les voies de la régression. (Trad. par M. Viliker et al.). Paris: Petite Bibliothèque Payot. (Trad. de Trills and Regressions, 1959).

Balint, M. (1971). Le défaut fondamental. (Trad. par J. Dumont et M. Viliker). Paris: Petite Bibliothèque Payot. (Trad. de The basic default, 1968).

Barande, R. (1966). Le problème de régression. Revue Française de Psychanalyse, 30, 351-405.

Barron, F. (1972). Artist in the making. New York: Seminar Press.

Bender, L. et al. (1983). Boats in the art and fantasy of children. American Journal of art therapy, 22, 125-128.

Betensky, M. (1977). The phenomenological approach to art expression and art. Art Psychotherapy, 4 (3-4), 173-179.

Bettelheim, B. (1969). La forteresse vide. (Trad. par Ronald Humery). Paris: Gallimard. (Trad. de The empty fortress, 1967).

Bergeret, J. (1979). Abrégé de psychologie psychopathologique: théorique et clinique (3e éd.). Paris: Masson.

- Bouvet, M. (1967). Oeuvres psychanalytiques: La relation d'objet. (Tome 1). Paris: Payot.
- Bowlby, J. (1984) La perte: Tristesse et dépression (1 éd.). 3. Paris: P.U.F.
- Boyer, L. B. (1983). The regressed patient. New York: J. Aronson.
- Bromberg, P.M. (1979). Interpersonal psychoanalysis and regression. Contemporary-Psychoanalysis, 15 (4), 647-655
- Brown, J.J. (1975). Therapeutic Development in Play and Imagery with a Regress Schizophrenic. Art Psychotherapy, 2 (1), 1-14.
- Buck, J.N. (1964). The house-tree-person (H-T-P) manual supplement. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Chevalier, J. et Gheerbrant, A. (1982). Dictionnaire des symboles. Paris: Robert Laffont et Jupiter.
- Cox, R.H. et Esau, T.G. (1974). Regressive Therapy. New York: Brunner/Mazel.
- Dalley, T. (1984). Art as therapy: An introduction to the use of art as a therapeutic technique. New York: Tavistock Publications.
- Dalley, T. et al. (1987). Images of Art Therapy. London: Tavistock.
- Diatkine, R. (1957). La notion de régression. Évolution Psychiatrique, 405-425.
- Ehrenzweig, A. (1967). The hidden order of art. London: Weidenfeld and Nicholson.

Fairweather, P.D. et Johnson, D. (1981). Symbolic regression psychology. New York: Irvington Publishers, Inc.

Ferdern, P. (1979). La psychologie du moi et les psychoses. (Trad. par Anne Lewis-Loubignac). Paris: P.U.F. (Trad. de Ego Psychology and the Psychoses, 1952).

Fenichel, O. (1974). La théorie psychanalytique des névroses. (2 vols.) Paris: P.U.F. (travail original publié en 1953)

Freud, A. (1949). Le moi et les mécanismes de défenses. (Trad. par Anne Berman). Paris: P.U.F. (Trad. de Das ich und die abwehrmechanismen, 1946).

Freud, A. (1968). Le normal et le pathologique chez l'enfant. (Trad. par Daniel Wildlöcher). Paris: Gallimard. (Trad. de Normality and pathology in childhood, 1965).

Freud, S. (1887-1902/1956). Manuscrit L. In La naissance de la psychanalyse. (Trad. par Anne Berman). Paris: P.U.F. (trad. de Aus Den Anfängen der psychoanalyse, 1950), 174-177.

Freud, S. (1900/1971). L'interprétation des rêves. (Trad. par I. Meyerson). Paris: P.U.F. (Trad. de Die Traumdeutung, 1929).

Freud, S. (1905/1962). Three essays on the theory of sexuality. (1^{re} éd. rév.) London: The Hogarth Press Ltd.

Freud, S. (1905/s.d.). Cinq leçons sur la psychanalyse. Paris: Petite Bibliothèque Payot.

Freud, S. (1915). Considérations actuelles sur la guerre et la mort. In Essais de psychanalyse. Paris: Petite Bibliothèque Payot.

Freud, S. (1916-1917/s.d.). Introduction à la psychanalyse. Paris: Petite Bibliothèque Payot.

Freud, S. (1926/1951). Inhibition, symptôme et angoisse. Paris: P.U.F.

Fromm, M.G. et Smith, B.L., eds. (1989). The facilitating environment: Clinical applications of Winnicott's theory. Madison: International Universities Press.

Gantt, L. (1979). The other side of art therapy. American journal of art therapy, 12 (1), 11-18.

Gerber, N. et Lyons, S.J. (1980). A developmental approach to assessment in adult art psychotherapy. Art in Psychotherapy, 7 (2), 105-112.

Gill, M. M. (1963). Topography and system in psychoanalytic theory. Psychological Issues, (Monograph 10). New York: International Universities Press.

Guntrip, H. (1969). Schizoid phenomena, object-relations and the self. New York: International Universities Press.

Hårdi, I. (1983). Temporal aspects in the dynamic examination of drawing. Japanese bulletin of art therapy, 14, 69-75.

Hartmann, H. (1950). Comments on the psychoanalytic theory of the Ego. In The psychoanalytic study of the child. New York: International University Press.

Heinmann, P. et Isaacs, S. (1952). Development in psycho-analysis. Hogarth Press Inc.

Holt, R.R. (1967). The development of the primary process: A structural view. In R.R. Holt (éd.), Motives and thought, (p.344-384). New York: International Universities Press.

- Honig, S. (1977). Art therapy used in treatment of schizophrenia. Art psychotherapy, 4 (2), 99-104.
- Hughes, J.H. (1989). Reshaping the psychoanalytic domain: The work of Melanie Klein, W.R.D. Fairbairn & D.W. Winnicott. Los Angeles: University of California Press.
- James, G. (1985). Mélanie Klein aujourd'hui: hommage à l'occasion du centenaire de sa naissance. Lyon: Césura Lyon Edition.
- Johnson, C. (1979). Le rôle de la régression dans l'adaptation aux situations de crise. Mémoire de maîtrise. Département de Psychologie. Université de Montréal.
- Johnson, R. A. (1986). Inner Work: Using dreams and active imagination for personal growth. New York: Harper & Row Publishers.
- Klein, M. (1921-1945/84). Essais de psychanalyse. Paris: Payot
- Klein, M. (1984). Envy and gratitude (1946-63). New York: Free Press.
- Kramer, E. et Schehr, J. (1983). An art therapy evaluation session for children. American Journal of Art Therapy, 23 (1), 3-12.
- Kris, E. (1978). Psychanalyse de l'Art. (Trad. par B. Beck et al.). Paris: P.U.F. (Trad. de Psychoanalytic Explorations in Art, 1952).
- Lachman-Chapin, M. (1979). Kohut's theories on narcissism: Implications for art therapy. American Journal of Art Therapy, 19, 3-9.
- Landgarten, H.B. (1981). Clinical Art Therapy. New York: Brunner Mazel.

Laplanche, J. et Pontalis, J.B. (1967). Le vocabulaire de la psychanalyse. Paris: P.U.F.

Laughlin, H.P. (1979). The ego and its defenses. New York: Jason Aronson.

Lester, E.P. (1980). Imagery and transference in the analytic process. #31st International Psychoanalytic Congress. International Journal of Psycho-Analysis, 61 (3), 411-419.

Levick, M. (1983). They could not talk so the drew. Springfield: Charles C. Thomas Publisher.

Little, M. (1960). On basic unity. International Journal of Psycho-Analysis, 47, 377-384.

Loewald, H.W. (1960). On the therapeutic action of psychoanalysis. International Journal of Psycho-analysis, 41, 16-33.

Lusebrink, V.B. (1990). Imagery and visual expression in therapy. Plenum Press: New York and London.

Mahler, M. (1963). Thoughts about developement and individuation. The Psychoanalytic Study of the Child, 18, 307-323.

Mahler, M. (1968). On human symbiosis and the vicissitudes of Individuation (Volume I: Infantile Psychosis). New York: International Universities Press.

Mahler, M. (1968/1973). Psychose infantile. (Tome 1: Symbiose humaine et individuation). Paris: Payot.

May, R. (1964). Creativity and encounter. American Journal of Psychoanalysis, 24 (1).

- Miljkovitch, M. & Irvine, G.M. (1982). Comparison of drawing performances of schizophrenics, other psychiatric patients and normal school children on Draw A Village task. Art in Psychotherapy, 9 (3), 203-216.
- Milner, M. (1957). On not being able to paint. New York: International Universities Press.
- Mises, R. (1966). Introduction à la discussion sur les aspect cliniques de la régression dans les formes psychopathologiques de l'adulte. Revue Française de Psychanalyse, 30, 429-443.
- Moore, B.E. et Fine, B.D. (1990). Psychoanalytic terms and concepts. Yale Universities Press.
- Navratil, L. (1978). Schizophrénie et art. Bruxelles: Edition Complexe.
- Newton, K. (1975). Separation and pre-oedipal guilt. Journal of Analytic Psychology, 20, 183-193.
- Nunberg, H. (1955). Principles of psychoanalysis: Their application to the neuroses. New York: International Universities Press.
- Okubo, M. et al. (1983). Typology in the therapeutic regressive process of sandplay psychotherapy. Japanese bulletin of art therapy, 14, 15-26.
- Oster, G.D. et Gould, P. (1987). Using drawing in assessment and therapy. New York: Brunner/Mazel Publisers.
- Pasche, F. (1966). Contribution au problème de la régression. Revue Française de Psychanalyse, 30, 421-427.
- Rabin, A.I. et Haworth, M.R. (éds) (1960). Projective techniques with children. New York: Grune & Stratton.

- Robins, A. (1987). The artist as therapist. New York: Human Sciences Press.
- Rosegrant, J. (1987). A reconceptualization of adaptative regression. Psychoanalytic Psychology, 4 (2), 115-130.
- Rubin, J.A. (1978). Child art therapy (2e éd.). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Rubin, J.A. (1987). Approaches to art therapy: Theory and technique. New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Sechehaye, M.A. (1951). Symbolic Realization. (trad. par B. Würsten). New York: International Universities Press.
- Seftel, L. (1987). Understanding destruction in art therapy with children. Pratt Institute Creative Arts Therapy Review, 8, 27-34.
- Segal, H. (1969). Introduction à l'oeuvre de Mélanie Klein. Paris: P.U.F.
- Sherry, M. (1982). An overview of psychoanalytic psychotherapy with schizophrenics. Psychotherapy Theory, Research and Practice, 19 (2), 219-227.
- Simon, R. (1981). Bereavement art. American Journal of Art therapy, 20, 135-143.
- Spira, M. (1985). Créativité et liberté psychique. Lyon: Césura Lyon Edition.
- Stewart, H. (1989). Technique at the basic fault/regression. International Journal of Psycho-Analysis, 70 (2), 221-230.
- Szwec, G. (1989). Figure de l'étranger, langage et régression formelle. Revue Française de Psychanalyse, 53 (6), 1977-1987.

- Ulman, G. et al. (1981). Transference and countertransference. American Journal of Art Therapy, 21, 3-24.
- Viderman, S. (1966). Régression et situation analytique. Revue Française de Psychanalyse, 30, 472-484.
- Weissman, P. (1967). Theoretical considerations of ego regression and ego functions in creativity. Psychoanalytic Quarterly, 36 (1), 37-50.
- Wilson, L. (1985). Symbolism and art therapy: 1.Symbolisms's role in the development of ego functions. American journal of art therapy, 23 (1), 79-88.
- Winnicott, D.W. (1955). Metapsychology and clinical aspects of regression within the psycho-analytic setup. International Journal of Psycho-analysis, 36, 16-26.
- Winnicott, D.W. (1975). Jeu et réalité: L'espace potentiel. Editions: Gallimard.
- Winnicott, D.W. (1990). La nature Humaine. (Trad. par Bruno Weil). Paris: Gallimard. (Trad. de Human Nature, 1988).

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE CONSULTÉE

- Adler, G. (1981). The stance of the analyst and its effects on regression. Issues in Ego Psychology, 4 (1), 17-25.
- Alexander, F. (1956). Two forms of regression and their therapeutic implications. Psychoanalytic Quarterly, 25, 178-196.
- Anzieu, D. et al.. (1976). Le travail de création et la psychanalyse. Les extra-sensoriels, Tchou-Laffont, 173-185.
- Appelbaum, S.A. (1988). Psychoanalytic therapy: A subset of healing. Psychotherapy, 25 (2), 201-208.
- Arieti, S. (1976). The magical synthesis. New York: Basic Books.
- Atkins, N.B. (1967). Comments on severe psychotic regression in analysis. Journal of the American Psychoanalytic Association, 15, 584-605.
- Ausubel, D.P. & Kirk, D. (1977). Ego psychology and mental disorder: a developmental approach to psychopathology. New York: Grune & Stratton.
- Balint, M. (1972). Amour primaire et technique psychanalytique. (Trad. par J. Dupont et al.). Paris: Payot. (Trad. de Primary love and psychoanalytic technique, 1965).
- Bellak, L. et al.. (1973). Ego Function in schizophrenics, neurotic and normals: a systematic study of concepts, diagnostic and therapeutic aspects. New York: Wiley.
- Borofsky, G.L. (1972). Regression and ego functioning in creative normals and psychotics. Dissertation Abstracts International, 32 (12-B), 7301-7302.

- Boyer, L. B. (1986). Technical aspects of treating the regressed patient. Intensive psychotherapy with disturbed people: Fact and fiction Symposium (1985, San Francisco, California. Contemporary Psychoanalysis, 22 (1), 25-44.
- Burstin, J. (s.d). Désagrégation, régression et reconstruction. (s.l.).
- Calder, K.T. (1958). Panel report: technical aspects of regression during psychoanalysis. Journal of the American Psychoanalytic Association, 6, 552-559.
- Carozza, P.M. & Heirsteiner, C.L. (1982). Young female incest victims in treatment: Stages of growth seen with a group art therapy model. Clinical Social Work Journal, 10 (3), 165-175.
- Corney, M.R. (1988). Treatment of early narcissistic disturbance. British Journal of Psychotherapy, 5 (2), 150-171.
- Dabrowski, K. (1972). La croissance mentale par la désintégration positive. Ste-Foy: Les éditions St-Yves Inc.
- Dabrowski, K. (1977). Psychothérapies actuelles. Sainte-Foy: Éditions Saint-Yves.
- De Grace, G. (1983). Crise et créativité: la motivation intrinsèque, In P. Joshe et G.R. de Grâce: Conceptions contemporaines de la santé mentale, Montréal: Décarie, 259-276.
- Delegay, S. J. & Russo, R. (1984). Deux ans d'histoire de la psychothérapie analytique d'un groupe d'enfants âgés de trois à sept ans. Bulletin de Psychologie, 37 (1-5), 101-106.
- Dubor, P. (1976). La régression. In J. Bergeret (éd.). Psychologie pathologique. Paris: Masson.

- Dudek S.Z. (1968). Regression and Creativity. Journal of Nervous and Mental Disease, 147, 535-546.
- Dupont, M.A. (1984). On primary communication. International Review of Psycho-Analysis, 11 (3), 303-311.
- Flarsheim, A. (1972). Treatability: In tactics and techniques. In P.L. Giovacchini (éd.). Psychoanalytic therapy, (pp. 113-131). New York: Science House.
- Frischer, L.J. (1985). Nonverbal psychotherapy with infant. Infant Mental Health Journal, 6 (2), 76-88.
- Frosch, J. (1967). Severe regressive state during analysis: summary. Journal of the American Psychoanalytic Association, 15, 606-625.
- Fuller, P. (1981). Art and Psychoanalysis. (s.l.)
- Gill, M.M. (1984). Psychoanalysis and psychotherapy: A revision. International Review of Psycho-Analysis, 11 (2), 161-179.
- Ginot, E.R. et al. (1986). Therapists' orientation and defensive styles. Psychological Reports, 59 (3), 1283-1292.
- Gordon, R. (1978). Dying and Creating. London: The Society of Analytical Psychology, Ltd.
- Gould, E. (1977). Regression in the service of the ego in relation to audience responsivity to art. Dissertation Abstracts International, 38 (92-B), 897-898.
- Greenspan S.I. (n.d.). The Development of the Ego Implications for Personality Theory, Psychopathology, and the Psychotherapeutic Process. (n.l.)

Guntrip, H. (1971). Psychoanalytic theory, therapy and the self. New York: Basic Books.

Hammer, E.F. (1958). The clinical application of projective drawings. Springfield: Charles C. Thomas.

Hammerman, D.A. Creativity-the illumination matrix: Adaptive regression ideational fluency, inner directedness and hemisphere functioning. Dissertation Abstracts International, 41 (5-B), 1891-1892.

Harrison, Richard I. (1984). The concept of priming work in professional creativity. Current Issues in Psychoanalytic Practice, 1 (1), 79-88.

Holzman, P.S. et Ekstein, R. (1959). Repetition-functions of transitory regressive thinking. Psychoanalytic Quarterly, 28, 228-235.

Hogenraad, R. et Orianne, E. (1986). Imagery, regressive thinking, and verbal performance in internal monologue. Imagination, Cognition and Personality, 5 (2), 127-145.

Horner, A.J. (n.d.). Object Relations and the Developing Ego in Therapy. (n.l.)

Israel, P. (1984). Le cadre et la parole. Revue Française de Psychanalyse, 48 (6), 1351-1361.

Jaffe, D.S. (1986). Empathy, counteridentification, countertransference: A review, with some personal perspectives on the "analytic instrument". Psychoanalytic Quarterly, 55 (2), 215-243.

James, D. C. (1984). Bion's "containing" and "Winnicott's "holding" in the context of the group matrix. International Journal of Group Psychotherapy, 34 (20), 201-213.

Joseph, E.D. (1965). Beating Fantasies: Regressive Ego Phenomena in Psychoanalysis. New York: International Universities Press.

Khan, M.M.R. (1960). Regression and integration in the analytic setting. International Journal of Psycho-analysis, 41, 130-146.

Klein, M. (1968). Envie et gratitude. Paris: Gallimard.

Kragh, U. (1983). Studying effects of psychotherapy by the defense mechanism test: Two case illustrations. Archiv fur Psychologie, 135 (1), 73-82.

Levick, M. (1975). Transference and countertransference as manifested in graphic productions. Art Psychotherapy, 2 (3-4), 203-215.

Lindon, J.A. (éd.). (1967) Report on regression: a workshop. Psychoanalytic Forum, 2, 293-316.

Lorand, S. (1963). Regression: technical and theoretical problems. Journal of Hillside Hospital, 12, 67-80.

Lubart, L. (1985). The use of structured art and movement with chronic schizophrenic adults. Pratt Institute of Creative Arts Therapy Review, 6, 37-43.

Mc Laughlin, J.T. (1984). On antithetic and meathetic words in the analytic situation. Psychoanalytic Quaterly, 53 (1), 38-62.

Mandell, S.S. (1976). Rorschach correlates of creativity in children: Repression, regression, an ego functions in creative seven to ten year old. Dissertation Abstracts International, 36 (12-B, Pt 1).

Marty, P. (1985). L'ordre psychosomatique: désorganisation et régressions. Paris: Payot.

McNiff, S. (1981). The art and psychotherapy. Springfield: Charles C. Thomas Publisher.

Mitchell, P. (1984). The role of regression in the treatment of depression with an intact ego. Pratt Institute Creative Arts Therapy Review, 5, 17-21.

Moss, D. (1987). Psychoanalysis and art: The carnality of interpretation. American Imago, 44 (3-4), 171-183.

Naumberg, M. (1950). Schizophrenic art: It's meaning in psychotherapy. London: Heinemann.

Pearson, M. (1985). Exploitation of Regression in Containment as Illustrated by the Art Therapy Work of a Young Mentally Handicapped Women. Inscape, février.

Perry, J.W. (1953). The self in psychotic process, its symbolization in schizophrenia. Beverly: University of California Press.

Poland, W.S. (1986). The analyst's words. Psychoanalytic Quarterly, 55, 244-272.

Posner, L. (1981). Coping and creativity: An application of the Haan model of ego process to the question of creativity. Dissertation Abstracts International, 42 (6-A).

Rhyne, J. (1973). The gestalt experience. Belmont California: Wadsworth Publishing Company Inc.

Richards, A.D. (1985) I Sakower-like experience on the couch: A contribution to the psychoanalytic understanding of Regressive Ego Phenomena, Psychoanalytic Quaterly, (s.p.)

Robbins, A. (1979). Dialogue in creative and therapeutic growth. Art Psychotherapy, 6 (4), 221-32.

Rosenfeld, H.A. (1965). Psychotic states: A psychoanalytic approach. New York: International Universities Press.

Schaverien, J. (1991). Transference and countertransference in art therapy: Mediation, interpretation and the aesthetic object. Council for National Academic Awards, 51 (10-B).

Schulz, C.G. (1980). Some advantage of art therapy in the treatment of the schizophrenia patient. Journal of National Associations of Private Psychiatric Hospital (U.S.A.), 11 (2), 7-9.

Schultz, R.J. (1971). A study changes in art expressions of emotionally disturbed and psychotic children over a three years period in art therapy. Northern Illinois University.

Searles, H. (1977). L'effort pour rendre l'autre fou. (Trad. par Brigitte Bost). Paris: Gallimard. (Trad. de Collected papers on schizophrenia and related subjects, 1965).

Shaw, G. & Belmore, S.M. (1983). The relationship between imagery and creativity. Imagination, Cognition and Personality, 2 (2), 115-123.

Smolucha, L. & Smolucha, F. (1989). Ego-Synthonic Aspects of Adult Play and Creativity. Paper presented at the Annual Meeting of the Society for Research in Child Development. U.S. Illinois.

Silver, A.L.S. (1986). Aspects of abrupt termination: Thoughts on losing my most chronic patient. Journal of American Academy of Psychoanalysis, 14 (1), 27-45.

Spotiniz, H. (1985). Large group analysis: Regression, progression, creativity. Modern Psychoanalysis, 10 (2), 119-136.

Sutherland, J. (1990). Sexual and aggressive drives: Alive and well in latency. Pratt Institute Creative Arts Therapy Review, 11, 30-46.

Tenenbaum, H. (1990). Images et représentation du double: Cas particulier: La gemelitte. Psychanalyse à l'Université, 15 (57), 131-157.

Van-Dam, H. (1987). Countertransference during an analyst's brief illness. Journal of the American Psychoanalytic Association, 35 (3), 647-655.

Verreault, R. & Dudek, S. (1986). La créativité et la régression au service du Moi chez l'enfant. Revue Québécoise de Psychologie, 7 (1-2), 26-43.

Weiner, M.F. (1985). Regression in group therapy: A negative view. International Journal of Group Psychotherapy, 35 (2), 209-224.

Widlocher, D. (1981). Évaluation des méthodes psychothérapeutiques. Annales Médico-Psychologiques, 139 (6), 658-661.

Winnicott, D.W. (1963). Dependence of infant care in children, and in the analytic setting. International Journal of Psycho-analysis, 44, 339-344.

Wittels, B. (1982). Interpretation of the "body of water" metaphor in patient artwork as part of the diagnostic process. Art in Psychotherapy, 9 (3), 177-182.

APPENDICE A

LES CONDITIONS DE BASE DU "SETTING" SELON WINNICOTT

LES CONDITIONS TECHNIQUES DE BASE DE LA CURE ANALYTIQUE SELON WINNICOTT (1955)

- Être disponible à l'heure prévue avec le patient (la constance);
- Pour la période prévue, le thérapeute est préoccupé et demeure alerte face à ce qui se passe chez son patient; il est centré sur le patient;
- Les sentiments d'amour et de haine sont représentés par l'intérêt du thérapeute et les limites imposées par la réalité; ces sentiments sont identifiés;
- Interprétation du matériel du patient; comprendre et respecter la résistance qui est synonyme de douleur pour le patient;
- Observation objective de la part du thérapeute et auto-analyse de sa part;
- Utilisation d'une salle de thérapie privée, tranquille et d'atmosphère chaleureuse;
- Jugement moral et style relationnel de type interpersonnel non-thérapeutique;
- Distinction faite par l'analyste entre la fantaisie et les faits connus;
- La "survie" de l'analyste, qui n'est pas détruit par les projections du patient.

APPENDICE B

LE MODÈLE DÉVELOPPEMENTAL DE L'ÉVOLUTION GRAPHIQUE NORMALE

Gerber (1980) s'est ici inspirée de Victor Lowenfeld pour définir les principales normes caractéristiques à chacun des stades de développement graphique de l'enfant.

La phase kinesthésique: (de 13 mois à 3 ans)

- L'activité musculaire du graphisme est primordiale; le gribouillage de mouvement répété s'avère la preuve physique des mouvements de l'enfant;
- L'emphase est mise sur le "comment" plutôt que sur le "quoi";
- Le gribouillage évoluera vers une formation circulaire.

La phase de transition: (de trois à quatre ans)

- L'enfant fait des lignes simples, des cercles et des angles;
- L'enfant nomme son gribouillage.

La phase de représentation: (autour de l'âge de quatre ans)

- À cette étape, le dessin de l'enfant représente l'idée mentale qu'il se fait de l'objet et non le résultat de son observation;
- Ce que l'enfant dessine est chargé de ses émotions et de ses pensées;
- Son principal sujet est humain; il représente le centre de son intérêt;
- On retrouve la base du concept de l'humain.

La phase pictorale (débutant autour de 5 ans)

- Représentation humaine plus près de la réalité; présence d'un tronc;
- À l'approche de la sixième année, le tronc s'allonge et prend plus d'importance que la tête;

- Il y a ajout d'animaux, d'arbres, de fleurs, du ciel; l'enfant peut nous raconter une histoire par rapport à son dessin et décrire la relation entre les éléments dessinés;
- Les couleurs deviennent plus réalistes, mais sont surtout utilisées par préférence ou par signification affective;
- Préoccupations d'ordre phallique de plus en plus présentes;
- Vers l'âge de sept ans (début de la phase de latence), le concept de l'humain devient plus défini;
- Les couleurs sont définitivement réalistes;
- Le schéma est complet: ciel, route et ligne de base;
- Les sujets exprimés sont typiques de la phase de latence; le contenu libidinal est masqué et symbolisé;
- Un début d'emphase sur le contrôle; plus tard, il devient plus compulsif, retraçant et copiant.